

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Qualidade de Vida, Estratégias de *Coping*, *Burnout*,  
Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de  
Cuidadores Formais**

**Joana Mendes Gregório**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2015**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Qualidade de Vida, Estratégias de *Coping*, *Burnout*,  
Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa Amostra de  
Cuidadores Formais**

**Joana Mendes Gregório**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de começar por agradecer a todos os que ao longo de 5 anos se cruzaram no meu caminho e tornaram possível a realização deste trabalho, o meu mais profundo obrigado.

Ao Professor Doutor Fernando Fradique pela orientação crítica que demonstrou durante todo o processo e pelo incentivo de fazer sempre melhor.

Ao Ricardo Assunção o meu mais sincero obrigado pela disponibilidade e apoio que demonstrou na realização deste projeto.

Aos meus amigos e amigas, obrigada pelo vosso apoio e compreensão.

Aos meus pais e ao Mário por todo o apoio, pela paciência, eu sei que não foi fácil, compreensão e motivação e por acreditarem em mim, mesmo quando eu duvidava. Um obrigado muito especial há minha mãe pelo apoio incondicional durante todo este percurso.

Aos meus avós por acreditarem em mim e me motivaram a ir sempre mais além, o meu mais sincero obrigado!

A todos os aqueles que me ajudaram a construir o meu eu, e que tornaram possível através de conversas, trocas de opiniões, que este projeto fosse o culminar de um ciclo, o meu mais sincero obrigada.

A Todos o meu mais Sincero, Reconhecido e Profundo OBRIGADA!

## RESUMO

O papel do cuidador formal na sociedade tem-se tornado cada vez mais relevante à medida que a pessoa perda as suas capacidades físicas e intelectuais. Assim, o bem-estar físico e mental dos cuidadores formais tem-se tornado o foco de investigações. O presente estudo apresenta como objetivo explorar um conjunto de variáveis associadas ao cuidador formal, nomeadamente, a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percecionadas, a utilização de estratégias de *Coping*, o nível de *Burnout* e de Sobrecarga percecionados e os Sintomas Psicopatológicos experienciados.

A amostra é constituída por 40 cuidadores formais, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-Bref), Questionário de Estado de Saúde (SF-36), Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA), Inventário de Burnout de *Copenhagen* (IBC), Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), bem como a um questionário sociodemográfico.

Os cuidadores formais tendem a experienciar uma Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde relativamente boas, estando estas associadas a níveis mais baixos de *Burnout*, de Sobrecarga, a uma maior utilização de estratégias de *Coping* focadas nos Problemas, e a uma menor experiência de sintomas psicopatológicos. Foram também observadas associações significativas entre todas as escalas de *Burnout* e todos os fatores de Sobrecarga, sugerindo-se no futuro a possibilidade serem realizadas comparações entre cuidadores formais e informais. As variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” apresentaram associações, nomeadamente com o “Domínio Geral” da Qualidade de Vida, Estratégia de *Coping* “Procura de Suporte Social”, “*Burnout* relacionado com o utente” e com o fator de Sobrecarga “Relação Interpessoal”. Os cuidadores com formação superior percecionaram o seu estado de saúde como melhor do que os outros cuidadores. Os cuidadores com filiação com a Instituição por mais de 8 anos apresentam níveis mais baixos de *Burnout* relacionado com o trabalho e com o utente e com o fator de Sobrecarga “Relação Interpessoal”.

**Palavras-chave:** Cuidadores Formais, Qualidade de Vida, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga, Sintomas Psicopatológicos.

## ABSTRACT

The formal caregiver role in society has become more relevant as the person loses their physical and intellectual abilities. The physical and mental well-being of formal caregivers has become the focus of many investigations. This study has the aim of exploring a set of variables associated with the formal caregiver, namely Quality of Life and Health Related Quality of Life, Coping Strategies used in stress situations, Burnout and Burden levels and experienced Psychopathological Symptoms.

The sample consists of 40 formal caregivers, mostly female, aged between 22 and 66 years. The following instruments were used: *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-Bref), State of Health Questionnaire (SF-36), Ways of Coping Questionnaire (QMLA), *Copenhagen Burnout Inventory* (IBC), The Zarit Burden Interview (ESC), The Brief Symptom Inventory (BSI), as well as a sociodemographic questionnaire.

Formal caregivers tend to experience a Quality of Life and Health Related Quality of Life reasonably good, these being associated with lower levels of Burnout, Burden, larger use of Problem-focused Coping and to a lower experience of Psychopathological Symptoms. Significant associations were also found between all scales of Burnout and Burden factors, suggesting in the future the possibility of carrying out comparisons between formal and informal caregivers. Variables "Week Working Hours" and "Years of Service in the Institution" had associations, namely with the "General Domain" of Quality of Life, Coping Strategy "Search for Social Support", "Client-related Burnout" and Burden factor "Interpersonal Relations". Caregivers with higher education understand their health better than other caregivers. Caregivers affiliated with the institution for more than eight years have lower levels of "Work-Related Burnout" and "Client-related Burnout" as well as with Burden "Interpersonal Relations".

**Keywords:** Formal Caregivers, Quality of Life, Coping Strategies, Burnout, Burden, Psychopathological Symptoms.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1.1. Contexto Organizacional .....	3
1.2. Cuidadores Informais e Cuidadores Formais .....	4
1.2.1. Cuidadores Informais .....	5
1.2.2. Cuidadores Formais .....	6
1.3. Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde .....	7
1.4. <i>Stress</i> e Estratégias de <i>Coping</i> .....	9
1.5. <i>Burnout</i> e Sobrecarga .....	12
1.5.1. <i>Burnout</i> .....	12
1.5.2. Sobrecarga.....	16
1.6. Sintomas Psicopatológicos – Sintomatologia Depressiva nos Cuidadores .....	17
1.7. Objetivos de Investigação.....	20
2. METODOLOGIA .....	22
2.1. Desenho da Investigação .....	22
2.2. Amostra .....	22
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados .....	25
2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico.....	25
2.3.2. <i>World Health Organization Quality of Life –Bref</i> (WHOQOL-Bref).....	25
2.3.3. Questionário do Estado de Saúde (SF-36) .....	27
2.3.4. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA) .....	27
2.3.5. Inventário de <i>Burnout</i> de <i>Copenhagen</i> (IBC) .....	29
2.3.6. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).....	30
2.3.7. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	32
2.4. Procedimento de Recolha de Dados .....	34
2.5. Procedimentos de Análise de Estatística .....	34
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....	36
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	66
5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	86

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização da Amostra de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas.....	23
<b>Tabela 2</b> – Análise Descritiva dos Domínios do WHOQOL-Bref.....	36
<b>Tabela 3</b> – Análise Descritiva das Dimensões do SF-36.....	38
<b>Tabela 4</b> – Análise Descritiva das Estratégias do QMLA.....	39
<b>Tabela 5</b> – Análise Descritiva das Escalas do IBC.....	42
<b>Tabela 6</b> – Análise Descritiva dos Fatores do ESC.....	43
<b>Tabela 7</b> – Análise Descritiva das Dimensões do BSI.....	44
<b>Tabela 8</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o SF-36.....	46
<b>Tabela 9</b> - Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o SF-36 e o QMLA.....	48
<b>Tabela 10</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o IBC.....	49
<b>Tabela 11</b> – Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o SF-36 e o IBC.....	51
<b>Tabela 12</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o BSI.....	52
<b>Tabela 13</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre o SF-36 e o BSI.....	54
<b>Tabela 14</b> – Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o QMLA e o IBC.....	55
<b>Tabela 15</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre o QMLA e o BSI.....	57
<b>Tabela 16</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre o IBC e o BSI.....	58
<b>Tabela 17</b> – Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o IBC e a ESC.....	59
<b>Tabela 18</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e o WHOQOL-Bref.....	60
<b>Tabela 19</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e o QMLA.....	61
<b>Tabela 20</b> – Análise Correlacional Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” e o IBC.....	62

<b>Tabela 21</b> – Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre Variáveis Sociodemográficas e a Sobrecarga (ESC).....	62
<b>Tabela 22</b> – Resultados Significativos Obtidos por Comparação Entre os Grupos “Ter Formação Superior” e “Não Ter Formação Superior”.....	64
<b>Tabela 23</b> – Resultados significativos Obtidos por Comparação entre os Grupos “Ter 8 ou Menos anos de Serviço na Instituição” e “Ter Mais de 8 anos de Serviço na Instituição”.....	65



## **ANEXOS**

**Anexo I** – Autorização de Recolha dos Dados

**Anexo II** – Protocolo de Consentimento Informado

## **ANEXOS (Ver CD)**

**Anexo III** – Questionário Sociodemográfico

**Anexo IV** – Questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref)

**Anexo V** – Questionário de Estado de Saúde (SF-36)

**Anexo VI** – Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

**Anexo VII** – Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC)

**Anexo VIII** – Escala de Sobrecarga do Cuidador Adaptado (ESC)

**Anexo IX** – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

**Anexo X** – Tabelas dos Valores de Alfa de *Cronbach* obtidos nos Instrumentos de Avaliação utilizados

**Anexo XI** – Tabelas de Distribuição de Normalidade das Variáveis em Análise

**Anexo XII** – Tabelas de Análises Correlacionais

**Anexo XIII** – Tabelas de Comparação de Grupos

## INTRODUÇÃO

Em Portugal existem, atualmente, mais de dois milhões de pessoas com idade superior a 65 anos, sendo que a proporção de pessoas mais velhas, idade superior a 80 anos, tem vindo a aumentar (Carrilho & Craveiro, 2015). O envelhecimento demográfico colocou vários desafios às instituições existentes, nomeadamente pelo aumento da procura de prestação de cuidados sociais e de saúde (Lopes & Lemos, 2012). Desta forma, nasce a necessidade de aumentar o número de serviços voltados para a prestação de cuidados à pessoa. Muitas pessoas idosas encontram-se na sua residência, podendo ter ou não apoios diários de associações ou instituições. No entanto, cada vez mais os idosos são encaminhados para instituições onde permanecem vinte e quatro horas por dia. Verifica-se que grande parte das investigações realizadas têm como foco o utente, idoso, e a sua qualidade e vida. No entanto, tem-se tornado cada vez mais relevante estudar o cuidador formal.

O cuidador formal exerce influência sobre a pessoa alvo de cuidados devido ao seu contacto extenso no tempo, influenciando através dos seus comportamentos e atitudes. O cuidador formal tem um papel determinante na sociedade atual, desempenhando funções que permitem que todas as pessoas sejam acompanhadas durante as alturas em que se encontram mais vulneráveis. Todos os dias os cuidadores formais são expostos a novas situações, situações causadoras de *stress* que afetam tanto a sua vida laboral como a sua vida pessoal. Assim, este estudo surgiu do interesse e da necessidade em explorar as influências de que os cuidadores formais são alvo todos os dias. Os objetivos deste estudo passam por explorar variáveis como a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, as Estratégias de *Coping* utilizadas quando em situações de *stress*, o nível de *Burnout* percecionado, bem como os Sintomas Psicopatológicos experienciados numa amostra de cuidadores formais associados a um contexto de lar e de apoio a residências, ajudando a colmatar eventuais fragilidades existentes nas investigações de amostras similares em Portugal. Todas as variáveis em estudo são importantes para providenciar uma compreensão generalizada do que é ser cuidador formal. Por exemplo, níveis elevados de *Burnout* podem afetar todos os aspetos da vida do cuidador, desde os aspetos laborais aos pessoais, podendo levar a uma atitude negativa generalizada para com a vida (Iacovides, Fountoulakis & Kaprinis, 2003). Por sua vez, esta atitude negativa pode apresentar repercussões ao nível da sintomatologia psicopatológica, formando um ciclo vicioso. Este estudo apresenta ainda um objetivo que

passa pela observação da existência ou não de relações entre o *Burnout* e a Sobrecarga, podendo possivelmente, levar a que se possam realizar no futuro comparações entre os cuidadores formais e os cuidadores informais em algo tão importante como o tema da exaustão física e mental. Com este estudo pretende-se alertar para a necessidade que existe de estar atento aos cuidadores formais, em todos os níveis da sua vida, pois a sua forma de atuação no desempenho das suas funções e na interação com os utentes, pode influenciar o seu processo de recuperação, bem como todo o ambiente que o rodeia.

O presente estudo encontra-se dividido em 5 capítulos: o primeiro capítulo tem como objetivo providenciar um enquadramento teórico relativo às variáveis em análise, sendo apresentados e definidos os conceitos com base na amostra em estudo, no final do capítulo são apresentados os objetivos da investigação; no segundo capítulo são descritos e caracterizados os métodos que irão ser utilizados para responder aos objetivos propostos, apresentando uma descrição da amostra selecionada, dos instrumentos a serem utilizados, dos procedimentos realizados de recolha de dados e dos procedimentos de análise estatística; o terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise estatística realizada; o quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados realizada de acordo com os objetivos; o quinto e último capítulo apresenta as conclusões retiradas desta investigação, bem como as suas limitações, o seu contributo e sugestões para futuras investigações.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico apresentado de seguida tem como objetivo explorar a realidade do cuidador formal num contexto institucional vocacionado para a prática de cuidados a pessoas idosas ou dependentes. A exploração irá ser realizada com base em várias variáveis, nomeadamente, a qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, as estratégias de *coping* utilizadas, o *burnout* e a sobrecarga percebidos e os sintomas psicopatológicos experienciados.

### 1.1.Contexto Organizacional

Existem vários contextos de prestação de cuidados de saúde, desde hospitais a centros de dia, lares, residências, enfermarias, entre outros. O cuidador exerce funções consoante o contexto que lhe serve de base, podendo este estar mais ou menos estruturado, sendo que quanto mais profissional for mais estruturado é o contexto. Um hospital, por exemplo, é considerado um contexto estruturado, já a residência de uma pessoa é considerado um contexto não estruturado. Atualmente, assiste-se a uma aumento do número de instituições e associações de apoio à pessoa idosa ou dependente.

As instituições têm pouco controlo sobre as reações emocionais dos seus trabalhadores relativamente às funções desempenhadas e às variáveis *stressoras* inerentes ao desempenho das mesmas, influenciando apenas o estilo de vinculação presente entre os trabalhadores e a instituição (Glazer & Kruse, 2008). O compromisso relacional que o trabalhador tem para com a organização tem um papel central na redução das consequências adversas do trabalho, não sendo estas consequência do compromisso (Glazer & Kruse, 2008).

As instituições de cuidados de saúde podem ser analisadas de diferentes formas: a) área de localização (rural/urbano); b) ensino ou não da profissão; c) tamanho e abrangência do alcance dos serviços providenciados (Adams & Bond, 2000). Os serviços de cuidados de saúde, sejam eles hospitais, lares, ou comunidades, precisam de cuidadores vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana (Thun, Bjorvatn, Torsheim, Moen, Magerøroy & Pallesen, 2014).

Neste contexto dos cuidados de saúde, a forma como os cuidadores percebem os seus atributos laborais ou as suas avaliações pode ser, muitas vezes, mais importante do que medidas objetivas (Adams & Bond, 2000). As relações estabelecidas entre os cuidadores, durante o expediente, são consideradas uma importante característica do ambiente laboral, uma vez que os cuidadores não trabalham de forma isolada, mas em

conjunto (Adams & Bond, 2000). O ambiente criado pelas relações existentes entre colegas pode influenciar a satisfação laboral, bem como contribuir para o aumento do desenvolvimento de situações de *stress* que vão além das naturalmente criadas pelo contexto e funções exercidas (Adams & Bond, 2000).

As competências necessárias para se trabalhar no contexto dos cuidados de saúde são diferentes consoante a faixa etária da pessoa alvo de cuidados (crianças, adultos, e idosos) e a patologia. Cada vez mais se assiste a uma especialização do sistema de cuidados de saúde, havendo cuidadores formais especialistas num determinado tipo de patologia e/ou numa determinada faixa etária.

O papel do cuidador adquire assim uma natureza complexa, pois a forma como gere o ambiente da instituição e o desempenho das suas funções, pode influenciá-lo tanto a nível profissional como pessoal.

## **1.2.Cuidadores Informais e Cuidadores Formais**

O cuidador existe desde sempre como figura da sociedade, sendo definido como a pessoa responsável pelo ato de cuidar de alguém que tem uma saúde débil ou incapacidade física, quer seja por motivos de doença ou de envelhecimento, numa relação de proximidade física e afetiva, podendo tratar-se de um familiar, amigo, vizinho, ou de um profissional (Settineri, Rizzo, Liotta & Mento, 2014; Born, 2006). O cuidador tem um repertório diversificado de funções, que pode ou não exercer: ajudar na deslocação e locomoção dentro e fora da residência; gerir a terapia farmacológica prescrita; ajudar na higiene pessoal; ajudar na realização das atividades de rotina; ajudar na alimentação; ajudar na gestão financeira (Born, 2006; Ministério da Saúde do Brasil, 1999). O número de pessoas disponíveis para prestar cuidados varia consoante o contexto, sendo que quanto maior o número de cuidadores disponíveis maior a probabilidade de a pessoa receber os cuidados de que necessita (Chappel & Blandford, 1991). A prestação de cuidados de saúde varia de acordo com as necessidades e características da pessoa alvo de cuidados, variando desde intervenções simples a cuidados intensivos especializados (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012). Assim, torna-se importante distinguir entre duas grandes categorias de cuidadores, os informais e os formais.

Devido à variedade de contextos existentes, dos estruturados aos não estruturados, torna-se importante diferenciar os tipos de cuidadores que existem, bem como as suas funções.

### **1.2.1. Cuidadores Informais**

Os cuidadores informais constituem um fenómeno comum na Europa, sendo que cerca de 10% das pessoas acima de 50 anos prestam cuidados de saúde (Viitanen, 2007). O cuidador informal é caracterizado por ter uma relação previamente estabelecida com a pessoa alvo de cuidados, podendo tratar-se de uma relação familiar, de vizinhança, ou de amizade (Born, 2006). A prestação de cuidados começa quando um membro da família, do círculo de amigos ou da vizinhança começa a requerer assistência, devido a condições de saúde debilitantes, tendo como objetivo fazer face às necessidades sentidas diariamente pela pessoa alvo de cuidados (Walker, Pratt & Eddy, 1995). O ato de providenciar cuidados a outras pessoas, quer sejam familiares ou amigos, cria dificuldades ao nível da vida pessoal, social e laboral do cuidador (Pinquart & Sörensen, 2003). A existência de família nuclear tende a garantir a prestação de cuidados informais, sendo estes maioritariamente realizados por mulheres (Chappel & Blandford, 1991). Existem cinco estilos de prestação de cuidados informais de acordo com Mathews e Rosner (1988) : a) ajuda de rotina (assistência regular incorporada nas atividades do cuidador); b) ajuda de recurso (assistência complementar à do cuidador e apenas quando este a requer); c) ajuda circunstancial (assistência limitada a algumas atividades, por exemplo gestão da situação financeira); d) ajuda esporádica (assistência realizada apenas quando é conveniente para a pessoa que a vai prestar); e) dissociação (não responsabilização pelo cuidar da pessoa). O surgimento da necessidade de prestação de cuidados ocorre de forma imprevisível, adotando depois um carácter permanente (Lyon & Zarit, 1999), obrigando assim à alteração da rotina diária do cuidador, e eventualmente da própria dinâmica familiar. Desta forma, a procura de apoios externos, como instituições e/ou associações com serviços de apoio ao domicílio, tende a aumentar. A necessidade dos cuidados requeridos pelas pessoas, a especialização necessária para a realização das tarefas e a disponibilidade do apoio informal (cuidador informal), determinam a utilização do sistema de cuidados formal (Chappel & Blandford, 1991; Lyons & Zarit, 1999).

A prestação de cuidados formais não invalida os cuidados informais, podendo estes ter um carácter complementar ou suplementar, uma vez que os cuidados formais e informais podem ser diferenciados (Chappel & Blandford, 1999).

### 1.2.2. Cuidadores Formais

A prestação de cuidados formais, como já referido, pode ter um carácter complementar, quando são contactadas associações ou instituições para prestar cuidados pontuais, ou suplementar quando o cuidado da pessoa fica sob a responsabilidade de uma instituição ou associação de prestação de cuidados, como por exemplo lares, havendo uma substituição dos cuidados realizados, dos cuidadores informais para os cuidadores formais (Greene, 1983, citado por Lyon & Zarit, 1999). A decisão pela prestação de cuidados formais tem também o objetivo de aliviar o *stress* e as exigências temporais sentidas pelo cuidador informal (Edelman, 1986, citado por Lyon & Zarit, 1999).

O cuidador formal caracteriza-se por ter uma formação académica ou específica para a função que desempenha, sendo remunerado pelo seu serviço (Born, 2006), sendo que em princípio, o cuidador formal não tem uma relação estabelecida com a pessoa alvo de cuidados antes do início da prestação dos mesmos. O cuidador formal pode ter sob a sua responsabilidade uma ou várias pessoas alvo de cuidados, podendo lidar simultaneamente com várias patologias, desde as físicas às mentais.

Atualmente, existem muitos cuidadores formais que não têm formação específica para o desempenho da função, recorrendo à sua experiência ao longo do tempo e ao exemplo dado por colegas, quer seja através da interação ou da observação dos mesmos (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa, 2011).

As tarefas desempenhadas nas instituições de prestação de cuidados de saúde tendem a ser especializadas e previsíveis, requerendo capacidades e competências específicas para a sua realização (Lyons & Zarit, 1999). No entanto, estas podem ser simplificadas através da distribuição de tarefas ou mesmo do avanço tecnológico (Chappel & Blandford, 1991).

Os cuidadores formais podem ainda ser distinguido entre primários e secundários (Figueiredo, 2007, citado por Mendes, 2010). O cuidador formal primário é caracterizado por ser responsável pela maioria dos cuidados prestados à pessoa, apoiando de forma direta as atividades básicas ou instrumentais da rotina diária (Figueiredo, 2007, citado por Mendes, 2010; Mendes, 2010). O cuidador formal secundário, por sua vez, caracteriza-se por ter intervenções pontuais junto da pessoa alvo de cuidados, prestando cuidados complementares, modificando o tipo ou a qualidade do cuidado que é prestado à pessoa (Mendes, 2010). Assim, a grande diferença entre os cuidadores formais reside no carácter pontual da prestação de cuidados, sendo que de forma geral se consideram os médicos,

enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas como cuidadores formais secundários, enquanto que os auxiliares de ação médica, normalmente, são considerados cuidadores formais primários. Esta distinção não é estanque, uma vez que depende do carácter temporal e do tipo de ajuda prestada.

De forma geral, além das competências e capacidade profissional, espera-se que os cuidadores formais manifestem competências mais pessoais, como a empatia e o carinho aquando a prestação de cuidados (Greenglass, 1991). A demonstração de competências mais emocionais e pessoais, como as referidas, dependem do estado de espírito da pessoa, bem como da perceção que tem da sua vida, tornando-se relevante o estudo da perceção da qualidade de vida do ponto de vista do cuidador.

### **1.3. Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

A qualidade de vida é um conceito bastante extenso e complexo, podendo ser definido de diversas formas, e utilizado como rótulo genérico de variáveis físicas e psicológicas (Moons, Budts, & De Geest, 2006), dificultando a comparação entre estudos (Ferrans, 1990). Devido à sua natureza complexa, multifacetada, contínua e dinâmica, bem como a influência da cultura, género, idade e classe socioeconómica na sua conceptualização (Stenner, Cooper, & Skevington, 2003) torna-se difícil chegar a um consenso relativamente ao conceito.

As definições existentes de qualidade de vida apelam a seis variáveis conceptuais: vida normal; felicidade/afeto; satisfação com a vida; utilidade social; realização de objetivos pessoais; e capacidades/competências naturais (Ferrans, 1990; Moons et al., 2006). Mais tarde começaram a ser consideradas mais duas variáveis conceptuais: a utilidade e a satisfação com domínios específicos (Moons, et al., 2006). A variável “vida normal” foca-se na capacidade funcional da pessoa para suprimir as suas necessidades básicas, bem como no seu estado de saúde (Ferrans, 1990; Moons et al., 2006). Por sua vez, a “felicidade/afeto” tem como base o estado emocional da pessoa no momento, apresentando um carácter transitório (Moons et al., 2006). A variável “satisfação com a vida” tem em consideração a forma como a pessoa avalia, a sua qualidade de vida no geral (Veenhoven, 1996), quanto maior a satisfação com a vida melhor a qualidade de vida percecionada. A variável “utilidade social” baseia-se nas limitações físicas ou sintomas de doença que a pessoa possa ter e na influência que estas têm na sua vida social (Moons, et al., 2006). A variável “realização de objetivos pessoais” baseia-se na diferença entre os que as pessoas querem/desejam e o que têm no momento, tendo um carácter



transitório, pois o que as pessoas querem pode ser modificado ao longo do tempo, sendo ainda que uma forma de aumentar a qualidade de vida, de acordo com esta concepção é diminuir as expectativas e a ambição (Calman, 1984; Moons, et al., 2006). A variável “capacidades/competências naturais”, por sua vez, conceptualiza a qualidade de vida tendo em consideração as competências atuais e potenciais, considerando duas necessidades fundamentais, a de interação com o ambiente e a de resiliência (Moons, et al., 2006). A variável “utilidade” refere-se ao estado de saúde preferencial para a pessoa (Moons, et al., 2006). Por último, a variável “satisfação com os domínios específicos” está relacionada com os vários domínios da vida da pessoa, tanto a nível laboral como pessoal, podendo variar da privação à realização total (Moons, et al., 2006).

O conceito de qualidade de vida pode caracterizar-se por ser amplo e afetado de forma complexa por domínios como o estado físico e psicológico da pessoa, o nível de independência, as relações sociais e com o ambiente (WHOQOL Group, 1993; Saxena & Orley, 1997). Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de tornar a definição do conceito consensual, definiu qualidade de vida como: “*percepções do indivíduo relativamente ao seu contexto cultural e sistema de valores em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1993). Mais tarde foi adicionado ao conceito o domínio religioso, tendo por base as crenças pessoais e religiosas da pessoa (Saxena & Orley, 1997).

Devido à complexidade do conceito de qualidade de vida, a avaliação deve ser realizada de forma ampla, considerando todos os domínios que o constituem, pois só assim se poderá obter uma visão compreensiva da qualidade de vida da pessoa (Mandzuk & McMillan, 2005; Saxena & Orley, 1997). Para se poder obter uma visão compreensiva, é necessário considerar as medidas subjetivas e objetivas que abrangem o conceito. As medidas objetivas referem-se às condições de vida observáveis, podendo ser operacionalizadas, as medidas subjetivas referem-se às percepções que a pessoa tem sobre si e sobre o que a rodeia (Moons, et al., 2006). Assim, os investigadores apenas têm acesso direto a medidas objetivas como situação financeira, habitacional ou educacional (Mandzuk & McMillan, 2005), enquanto que para avaliar todos os outros domínios os investigadores estão dependentes das respostas das pessoas, da sua percepção. A diferenciação entre medidas objetivas e subjetivas é importante pois o que o observador externo observa e percebe pode não coincidir com a percepção da pessoa alvo (Moons, et al., 2006).

A saúde da pessoa influencia a percepção que tem da sua qualidade de vida, tornando-se assim importante estudar este domínio, em especial, sobretudo no caso dos cuidadores que todos os dias lidam com pessoas com doenças ou que necessitam de cuidados. A qualidade de vida relacionada com a saúde consiste num importante indicador da qualidade de vida geral, com base nos efeitos funcionais da doença, e na gestão física, mental e social da mesma (Wikman, Wardle, & Steptoe, 2011), sendo avaliados os domínios físico, mental/cognitivo e social (Moons, 2004; Moons et al., 2006). A maioria das conceptualizações da qualidade de vida relacionada com a saúde têm por base a definição de saúde da OMS (1948), “*saúde como estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença*”. A qualidade de vida relacionada com a saúde providencia, assim, uma visão ampla das necessidades médicas da pessoa, dependendo da existência de doença, bem como da sua progressão, tratamento e características (Philip, Merluzzi, Peterman & Cronk, 2009).

As situações da vida diária, o progresso de doenças, as estratégias de *coping* utilizadas, ou mesmo as mudanças culturais influenciam a percepção da qualidade de vida (Moons, et al., 2006). A qualidade de vida apresenta um carácter temporal relativamente estável, podendo ser afetada por grandes mudanças, mas de forma geral, considera-se que sofre pequenas flutuações diárias (Felce & Perry, 1995; Moons et al., 2006).

O estudo da qualidade de vida começou por ser um importante parâmetro da qualidade e dos resultados dos cuidados de saúde prestados (Moons, et al., 2006). No entanto, com o evoluir das investigações, tornou-se importante avaliar não só a perspetiva da pessoa alvo de cuidados, mas também da pessoa que presta os cuidados, pois constituem parte integrante do contexto e da qualidade dos serviços prestados, tendo os resultados impacto nas políticas de distribuição dos recursos de saúde (Moons, et al., 2006).

A qualidade de vida é transversal a todos os domínios da pessoa, salientando-se assim a importância do estudo das estratégias que as pessoas, nomeadamente os cuidadores, utilizam para lidar com as situações com que se deparam no desempenho das suas funções.

#### **1.4. Stress e Estratégias de *Coping***

O ato de cuidar pode, por si só, ser gerador de *stress*, independentemente do indivíduo ser cuidador formal ou informal, são as estratégias que o indivíduo utiliza durante o dia-a-dia para lidar com as situações percecionadas como *stressantes* que

aumentam ou diminuem a probabilidade de percepção de *burnout* ou sobrecarga. O apoio social e as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores são considerados como os maiores modificadores de *stress* dos cuidadores, bem como os efeitos negativos na saúde mental experienciada (Yamada, Hagihara & Nobutomo, 2008).

O *stress* é um conceito subjetivo que pode ser conceptualizado de diversas formas, desde abordagens com base fisiológicas e psicobiológicas a teorias com base na psicologia (Krohne, 2002). O *stress* é um conceito subjetivo que depende da percepção que a pessoa tem das exigências relativas à situação, bem como das suas capacidades para lidar com elas (McVicar, 2003). A forma como lidamos com as situações que percebemos como stressantes tem o nome de *coping*. O *coping* pode ser definido de diversas formas, a definição mais consensual caracteriza-o como um processo que é iniciado quando a pessoa avalia uma determinada situação como excedendo ou estando no limite dos seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984). No entanto, existem autores que definem o *coping* como “*o conjunto de processos cognitivos e comportamentais iniciados pelas pessoas em resposta ao aumento da emoção, stress, induzindo interações com o ambiente que têm como objetivo alcançar estados emocionais mais desejáveis, e reduzir os níveis de stress*” (Duhachek, 2005). De acordo com esta definição, o *coping* é visto como um processo dinâmico consequente à emoção, abrangendo os domínios cognitivo, comportamental e emocional na resposta dada (Duhachek, 2005). As estratégias de *coping* podem ser definidas como: “*esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir exigências externas e internas que são avaliadas como excedendo ou estando no limite dos recursos do indivíduo*” (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984), distinguindo-se assim dos comportamentos automáticos (Lazarus & Folkman, 1984). Assim, as estratégias de *coping* são essenciais para que o indivíduo possa lidar com situações problemáticas que requerem tanto uma modificação da relação existente com o ambiente como uma gestão das emoções (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Apesar do conceito de estratégias de *coping* ser consensual, o mesmo não se pode afirmar da categorização das mesmas, tornando difícil a comparação entre estudos (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003).

Para que a pessoa saiba se está perante uma situação *stressante* ou não, e que estratégia de *coping* utilizar, tem de realizar o que se chama de avaliação cognitiva. A avaliação cognitiva consiste num processo através do qual o indivíduo avalia se um determinado evento é ou não relevante para o seu bem-estar, categorizando-o (Lazarus & Folkman, 1984). A avaliação cognitiva pode ser primária, determinando a relevância,

benignidade e o nível de *stress* da situação, ou seja, analisa a situação pelo que é, ou secundária, onde se analisa as estratégias de *coping* existentes no repertório da pessoa e a probabilidade dessas mesmas estratégias cumprirem o seu objetivo e de serem eficazes (Lazarus & Folkman, 1984). A avaliação secundária avalia ainda a influência da estratégia de *coping* aplicada na regulação do nível de *stress* e na força e qualidade da reação emocional, sendo que para cada reação emocional é realizada uma avaliação cognitiva (Lazarus & Folkman, 1984). As avaliações cognitivas não são estanques perante uma situação, podendo ocorrer ainda uma reavaliação cognitiva quando existem novas informações a considerar, tanto em relação ao ambiente como a si próprio (Lazarus & Folkman, 1984). A reavaliação cognitiva defensiva consiste num esforço que é realizado pela pessoa para mudar a interpretação que tem da situação, tornando-a mais positiva e menos ameaçadora (Lazarus & Folkman, 1984).

O termo *coping* pode ser utilizado independentemente da consequência da estratégia utilizada, mais concretamente, independentemente de ser adaptativa ou não (eficácia da estratégia relativamente a melhorar a situação), bem-sucedida ou não (a reavaliação é coincidente com a escolha do tipo de *coping*), consolidada ou não (a pessoa atingiu uma forma estável de lidar com uma variedade de circunstâncias) e fluída ou não (a estratégia foi simultaneamente sensível, responsiva, esperançosa e otimista relativamente à situação) (Lazarus, 1993)

De acordo com Lazarus e Folkman (1984) podem ser distinguidos dois tipos de *coping*, o *coping* relacionado com os problemas e o *coping* relacionado com as emoções, sendo diferenciados pelo tipo de mudança que a estratégia introduz na relação entre a pessoa e o ambiente. O *coping* focado nos problemas caracteriza as estratégias que vão agir sobre a pessoa ou o ambiente, tendo como objetivo modificar a relação entre ambos (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* focado nas emoções caracteriza as estratégias que têm como objetivo mudar a perceção que a pessoa tem da sua relação com o ambiente, mais concretamente, regular a resposta emocional (Duhachek, 2005; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984; Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As estratégias focadas no problema, por vezes, podem ser contra produtivas, sendo que quando não se mostram eficazes podem resultar em *stress* crónico (Collins, Baum, & Singer, 1983, citado por Lazarus, 1993). A distinção das estratégias de *coping* em duas categorias não é consensual entre os investigadores, sendo que numa determinada situação a pessoa pode usar estratégias pertencentes a cada uma das categorias (Duhachek, 2005). A crítica a esta categorização prende-se com a simplificação do fenómeno de *coping* (Duhachek, 2005).

As opiniões dos investigadores divergem sobre o número de tipos de *coping*, Duhachek (2005) após analisar dez instrumentos de avaliação do *coping* obteve uma base de oito tipos de *coping*: a) *coping* de ação (esforços diretos e objetivos para tentar gerir a fonte de *stress*); b) pensamento racional (tentativa deliberada de prevenir que as emoções subjetivas dirijam o comportamento); c) *coping* de procura de apoio emocional (tentativa de ordenar os recursos sociais para melhorar o seu estado emocional e/ou mental); d) *coping* de procura de apoio instrumental (tentativa de ordenar os recursos sociais para melhorar o *stressor*); e) *coping* pensamento positivo (tentativa de tornar a fonte de *stress* mais tolerável, reconstruindo-a); f) *coping* de evitamento (tentativa de criar uma distância psicológica ou física entre a pessoa e o *stressor*); g) *coping* de arejamento emocional (tentativa de reconhecer e expressar as suas próprias emoções); h) *coping* de negação (tentativa de se isolar mentalmente da fonte de *stress*). Estes oito tipos de *coping* são distintos entre si, no entanto, não deixam de estar interrelacionados (Duhachek, 2005).

Perante situações de *stress*, os indivíduos preocupam-se em construir padrões de *coping*, mas também em defender os seus objetivos prioritários, gerir emoções e manter relações (Skinner, 2007). As características do contexto laboral em interação com as expectativas que o indivíduo tem, com as exigências do trabalho, e com a variação do apoio percecionado (Cherniss, 1980, citado por Greenglass, 1991) resultam em fontes de *stress* que são experienciadas em diferentes níveis pelos indivíduos (Greenglass, 1991). É da extensão destas fontes de *stress* e do resultado da utilização das estratégias de *coping* que resulta o *burnout* (Greenglass, Burke & Ondrach, 1990, citado por Greenglass, 1991) e a sobrecarga relativamente ao ato de cuidar.

### **1.5. *Burnout* e Sobrecarga**

As estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa influenciam a probabilidade de perceção de *burnout* e de sobrecarga, dependendo da eficácia e adaptabilidade da estratégia utilizada em situações percecionadas como *stressantes*. As estratégias de *coping* apresentam importantes implicações para a identidade e comportamento laboral da pessoa, influenciando o aparecimento do *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

#### **1.5.1. *Burnout***

O *burnout* caracteriza-se por ser um síndrome psicológico de resposta a *stressores* crónicos em contexto laboral (Maslach, 2009; Maslach, et al., 2001), sendo uma reação

emocional interna causada por fatores externos, que resulta na perda de recursos pessoais e sociais (Adriaenssens, De Gucht & Maes, 2015). O conceito de *burnout* reflete ainda a relação entre a pessoa e o seu trabalho (Maslach & Leiter, 2005), sendo ainda caracterizado pela acumulação de *stressores* laborais (Maslach, 2009).

Uma das definições mais consensuais explica o *burnout* de acordo com três dimensões: a) exaustão emocional; b) despersonalização; c) redução da realização pessoal (Maslach, 2009; Maslach et al., 2001). Assim, o *burnout* pode ser conceptualizado como uma resposta negativa ao *stress* crónico no trabalho (Fonte, 2011). A dimensão “exaustão” emocional caracteriza-se pelo *stress* próprio ao indivíduo, como sentimentos de sobrecarga e ausência de recursos físicos e emocionais, sendo a principal dimensão do *burnout* (Adriaenssens, et al., 2015; Maslach, 2009; Maslach, et al., 2001). A dimensão “despersonalização” retrata o contexto mais social do *burnout*, referindo-se ao desenvolvimento de respostas negativas, insensíveis, ou excessivamente apáticas em contexto laboral (Maslach, 2009; Maslach et al., 2001). A dimensão “despersonalização” desempenha ainda uma função auto-protetora, pois as respostas surgem em resposta à exaustão sentida, funcionando como um amortecedor emocional (Maslach, 2009). A “despersonalização” pode ainda resultar da perda de realismo e da desumanização (Maslach, 2009) cada vez mais patentes nos atuais contextos laborais. A dimensão de “redução da realização pessoal”, por sua vez, caracteriza-se pela sua natureza auto-avaliativa, retratando sentimentos que a pessoa tenha em relação ao trabalho e às suas próprias competências (Maslach, et al., 2001). A “perceção da redução de autoeficácia” é acentuada pela carência de recursos laborais, falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional (Maslach, 2009).

Atualmente, têm surgido várias críticas a esta conceptualização do *burnout*, por exemplo, o facto de a despersonalização ser simultaneamente uma estratégia de coping e uma dimensão do *burnout*, e de a redução da realização pessoal poder ser considerada tanto um precedente como um consequente da exposição ao *stress* a longo prazo (Borritz, Rugulies, Bjorner, Villadsen, Mikkelsen, & Kristensen, 2006; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005; Schaufeli & Taris, 2005). Outra das críticas realizadas à conceptualização do *burnout* prende-se com a apresentação do *burnout* como uma reacção que apenas ocorre em contexto laboral de serviços humanos, sendo que simultaneamente podem ser os fatores associados a esse contexto que aumentam a probabilidade de perceção de burnout, por exemplo devido à elevada carga emocional inerente ao trabalho (Kristensen, et al., 2005).

De forma a fazer face às críticas o projeto dinamarquês PUMA (*Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction*) definiu o *burnout* considerando uma única dimensão, a “fadiga/exaustão física e mental” (Kristensen, et al., 2005; Schaufeli & Taris, 2005). A conceptualização apresentada pelo projeto PUMA não é consensual, havendo autores que lhe acrescentam a dimensão “desistência” (Schaufeli & Taris, 2005). De acordo com o projeto PUMA, o *burnout* é um conceito unidimensional que pode ocorrer em três áreas, sendo caracterizado consoante a sua área de ocorrência: a) *burnout* pessoal, b) *burnout* relacionado com o cliente/utente, c) *burnout* relacionado com o trabalho (Borritz, et al., 2006). O *burnout* pessoal retrata o grau de fadiga e exaustão físicas e psicológicas percecionadas pela pessoa na sua vida pessoal (Fonte, 2011; Kristensen, et al., 2005). O *burnout* relacionado com o trabalho, por sua vez, retrata o grau de fadiga e exaustão física e psicológica percecionada pela pessoa em relação ao seu trabalho, focando-se na atribuição de sintomas que a pessoa faz em relação ao seu trabalho (Fonte, 2011; Kristensen, et al., 2005). Por último, o *burnout* relacionado com o utente (cliente) retrata o grau de fadiga e exaustão física e psicológica que a pessoa percebe em relação ao seu trabalho com os utentes, focando-se no grau de ligação entre a sua fadiga e os utentes (Fonte, 2011; Kristensen, 2005).

O *burnout* é desencadeado por várias variáveis, como o ambiente físico, as relações interpessoais, o desenvolvimento da carreira, o *stress* relacionado com as tecnologias e ainda com a estrutura e clima organizacional (Gil-Monte & Peiró, 1997, citado por Fonte, 2011). Nos serviços humanos, o *burnout* relaciona-se com o ato de trabalhar com os outras pessoas, podendo haver manifestação de exaustão resultantes de pressões interpessoais e desistência dos utentes sob cuidados (Schaufeli & Taris, 2005). Nas profissões que não requerem trabalho com utentes, o núcleo de sintomas do *burnout* manifesta-se através da exaustão e desistência pelo trabalho em geral (Schaufeli & Taris, 2005).

O *International Council of Nurses* (2010, citado por Fonte, 2011) define o *burnout* como um processo de *coping* com características específicas, entre elas, redução de energia devida a períodos de *stress* não aliviados, falta de apoio, falta de relações respeitadas, e conflitos entre as expectativas e a realidade. Os trabalhadores dos serviços de saúde, nomeadamente enfermeiros, apresentam uma maior probabilidade de desenvolvimento de *burnout*, devido ao contacto com os *stressores* diários, com as necessidades e sofrimento dos utentes, condições de trabalho difíceis, falta de remuneração, desempenho de papéis ambíguos ou conflituosos, relação com familiares

dos utentes e com colegas (Evers, Tomic & Brouwers, 2001, Drebing, McCarty & Lombardo, 2002, citados por Gandoy-Crego, Clemente, Mayán-Santos & Espinosa, 2009). A falta de recompensas, as políticas excessivas, os procedimentos ultrapassados, as rotinas de trabalho, a supervisão próxima, a inexistência de expectativas claras e de grupos de apoio, bem como de grupos de trabalho coesos, contribuem para o desenvolvimento do *burnout* (Jackson & Schuler, 1983, citado por Fonte, 2011).

O *burnout* pode não resultar de elevados níveis de *stress*, pois os níveis de *stress* podem contribuir para que a pessoa perceciono o seu trabalho como importante, fazendo com que perceciono baixos níveis de *burnout* (Pines & Keinan, 2005). As pessoas podem funcionar de forma produtiva no seu contexto laboral tendo elevados níveis de *stress*, se o *feedback* que recebem pelo seu trabalho for positivo (Iacovides, et al., 2003). O *stress* percecionado advém das disposições de *coping* pessoais e não dos conflitos laborais (Gandoy-Crego, et al., 2009), sendo que o conflito laboral surge como uma fonte de *stress* situacional, demonstrando pouca influência tanto no *stress* a longo prazo como no desenvolvimento de *burnout*. Apesar do *burnout* não ser causado apenas por *stressores* laborais, os cuidadores formais que se encontram, de forma mais crónica, em situações de *stress* intenso, como os enfermeiros nos cuidados intensivos, podem manifestar elevados níveis de ansiedade, zanga, perturbações de comportamento e sintomatologia depressiva (Iacovides, et al., 2003)

O *burnout* pode ser percecionado por todos as pessoas com trabalho. No entanto, a probabilidade de o desenvolverem varia conforme as suas próprias características. As pessoas que apresentam maior probabilidade de percecionarem *burnout* consideram serem capazes de realizar tudo aquilo a que se propõem, esperando tirar do seu trabalho um significado de existência, têm expectativas elevadas, são idealistas e motivadas (Fonte, 2011; Pines & Keinan, 2005). Quando sentem que o trabalho que exercem não corresponde às expectativas que têm, e que não “fazem a diferença” começam a sentir-se desamparadas, sem esperança, podendo desenvolver *burnout* (Fonte, 2011). As pessoas que se encontram a meio da carreira também têm uma probabilidade mais elevada de desenvolvimento de *burnout*, pois nesta fase fazem uma comparação entre a expectativa que tinham no início da carreira e o patamar a que chegaram, podendo haver o desenvolvimento de sentimentos de falta de realização pessoal (Fonte, 2011). O controlo inadequado sobre o seu trabalho, as expectativas frustradas e o sentimento de perda de significado da vida são altamente determinados pela personalidade da pessoa e pela atitude que a pessoa demonstrava originalmente sobre a sua posição, em relação ao seu



trabalho e à sua vida, sendo causas independentes do desenvolvimento *burnout* (Iacovides, et al., 2003).

Pessoas com *burnout* tendem a ter uma deterioração da sua produtividade, resultando numa atitude cínica para com o trabalho (Iacovides, et al., 2003), tornando-se assim de extrema importância estudar o *burnout* em trabalhadores na área da saúde. Além do desenvolvimento do *burnout*, pode também ocorrer entre os cuidadores o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, nomeadamente depressivos, que podem ser comparados, e confundidos, com o *burnout*.

### **1.5.2. Sobrecarga**

O termo sobrecarga caracteriza o conjunto de consequências que advêm da interação entre o cuidador e o indivíduo dependente (Sequeira, 2010), podendo estas ser físicas ou psicológicas (Jones, Hadjistavropoulos, Janzen & Hadjistavropoulos, 2011). A sobrecarga é um conceito multidimensional que se refere à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam de forma significativa os cuidadores e as pessoas alvos de cuidados, sendo constituída por várias dimensões, como a relacional, emocional, social e financeira (Becker, 1960 citado por Platt, 1985; Jones, et al., 2011; Miller & McFall, 1989). No entanto, a maior parte dos instrumentos de medida da sobrecarga retratam-na de forma unidimensional (Miller & McFall, 1989).

A sobrecarga pode ser distinguida em dois componentes: o componente objetivo e o subjetivo, havendo assim uma separação entre as atividades resultantes do ato de cuidar, e as emoções e atitudes expressas pelo cuidador (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985). A componente objetiva da sobrecarga está relacionada com os problemas práticos experienciados pelos cuidadores, como a disrupção das relações familiares, restrições sociais, de lazer e de atividades laborais, dificuldades financeiras, privilegiando a sobrecarga do cuidador, afetando a sua escolha de ações e de atividades a realizar (Shah, Wadoo & Latoo, 2010; Miller & McFall, 1989). A sobrecarga objetiva é influenciada pelos sintomas físicos e mentais da doença, pelos comportamentos e pelas características sociodemográficas da pessoa alvo de cuidados (Schene, 1990; Sequeira, 2010), bem como pelo desempenho do cuidador nas tarefas, pela supervisão de comportamentos problemáticos, alterações na rotina, dificuldades financeiras, e pela saúde física e mental do cuidador (Costa, Pereira, Miranda, Bastos & Machado, 2013; (Schene, 1990). A componente subjetiva da sobrecarga, por sua vez, consiste na perceção pessoal do cuidador relativamente às consequências do ato de cuidar (Sequeira, 2010),

descrevendo as reações psicológicas relativas à experiência do cuidar (Shah, et al, 2010), privilegiando a sobrecarga interpessoal, e as consequências para a relação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados (Miller & McFall, 1989).

As características da pessoa alvo de cuidados e das dimensões da sobrecarga objetiva vão originar *stressores* crônicos que, por sua vez, vão influenciar a percepção do cuidador, a sua saúde mental e o seu nível de angústia subjetiva (sobrecarga subjetiva) (Schene, 1990). A percepção da sobrecarga está também dependente da percepção que o cuidador tem relativamente à sua rede de apoio, comunidade e cultura em que está envolvido (Schene, 1990).

O termo sobrecarga tem sido utilizado para caracterizar os cuidadores informais, provavelmente devido à influência que as relações familiares e a rotina têm na sua conceptualização. No entanto, começam a aparecer cada vez mais estudos que retratam a sobrecarga em cuidadores formais, (Costa, et al., 2013; Miyamoto, Tachimori & Ito, 2010).

#### **1.6.Sintomas Psicopatológicos – Sintomatologia Depressiva nos Cuidadores**

Os cuidadores estão sujeitos a grandes níveis de *stress*, podendo mesmo percecionar *burnout* ou sobrecarga. O desenvolvimento de sintomatologia depressiva no cuidador pode estar relacionada com a sua percepção de sobrecarga (Given, Given, Stommel, Collins, King, & Franklin, 1992). O próprio ato de cuidar dos outros pode envolver um risco aumentado para a saúde física e psicológica do cuidador (Cuéller-Flores, Sánchez-López, & Santamaría, 2012), requerendo que o cuidador se adapte psicologicamente à nova realidade que encontra (Pinquart & Sörensen, 2003). Os *stressores* laborais estão fortemente associados a perturbações psiquiátricas, incluindo a depressão major (Iacovides, et al., 2003). O estado de saúde do cuidador vai afetar a percepção que tem relativamente ao apoio social, podendo influenciar as suas decisões diárias (Sezer, Eren, Ozcankaya, Civi, Erturk & Ozturk, 2003). Os cuidadores que tenham à *priori* problemas de saúde têm um risco aumentado de sofrer de *stress* (Frias, Tuokko & Rosenberg, 2005). As características individuais do cuidador influenciam o seu ajustamento psicológico, bem como a sua satisfação em alguns contextos de cuidados (Cuéller-Flores, et al., 2012).

As situações de *stress* inerentes ao ato de cuidar de pessoas com dificuldades físicas e mentais, podem afetar o funcionamento do cuidador, bem como a experiência que retira da situação (Frias, et al., 2005). A dependência das pessoas alvo de cuidados

influência diretamente a existência de sintomatologia depressiva nos cuidadores (Given et al., 1992). De acordo com Pinquart e Sörensen (2003), os cuidadores, no caso informais, apresentam um maior risco de desenvolvimento de sintomatologia psiquiátrica ou de *distress* psicológico, dependendo da capacidade que têm para utilizar estratégias eficazes, ou não eficazes, quando lidam com situações *stressantes*.

O aumento de sintomatologia depressiva é diretamente proporcional à duração e severidade da doença, por exemplo no Alzheimer, uma vez que quanto maiores as dificuldades funcionais e cognitivas da pessoa alvo de cuidados mais dependente esta se torna do cuidador (García-Alberca, Lara & Berthier, 2011). Assim, o papel de cuidador tende a ser mais exigente e difícil quanto maiores forem os problemas comportamentais e as dificuldades funcionais e cognitivas da pessoa alvo de cuidados (Shah, et al., 2010).

A perturbação depressiva major caracteriza-se por humor depressivo diário, diminuição marcada de interesse em atividades outrora interessantes, perda ou ganho de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou retardação psicomotora, fadiga e perda de energia diária, sentimentos de inutilidade ou de culpa, diminuição da capacidade de concentração ou de pensar, pensamentos recorrentes sobre a morte, bem como ideação suicida recorrente (DSM-5, 2013). A perturbação depressiva pode funcionar como um repressor de comportamentos agressivos uma vez que os cuidadores podem entrar num estado de desistência, influenciando a sua auto-imagem (Brenninkmeyer, Yperen & Buunk, 2001). O excesso de trabalho, a existências de relações pobres, com baixos níveis comunicacionais entre colegas, está associado ao desenvolvimento e/ou aumento da sintomatologia depressiva nos cuidadores (Jolivet, Caroly, Ehlinger, et al., 2010, citado por Letvak, Ruhm, & McCoy, 2012; Virtanen, Pentti, Vahtera, et al., 2008, citado por Letvak, et al., 2012; Letvak, et al., 2012). O desenvolvimento da perturbação depressiva pode estar, também, relacionado com a exposição ao *stress* laboral e com o uso de estratégias de *coping* orientadas para a emoção (Lin, Probst & Hsu, 2010).

O *burnout* e a perturbação depressiva, embora conceitos diferentes, partilham algumas características de natureza qualitativa, sobretudo em pessoas com baixos níveis de satisfação laboral, sendo que alguns dos sintomas da exaustão emocional fazem parte também do repertório de sintomatologia depressiva (Brenninkmeyer, et al., 2001, Iacovides, et al., 2003). A forma de relação entre o *burnout* e a perturbação depressiva não é consensual, alguns estudos retratam a relação como bidirecional e recíproca, podendo o *burnout* levar ao desenvolvimento da perturbação depressiva e vice-versa (Letvak, et al., 2012). Outros estudos adicionam a variável temporal, afirmando que o

desenvolvimento da perturbação depressiva acontece como consequência da perturbação do *burnout* e não vice-versa (Iacovides, et al., 2003). A forma mais severa de *burnout* é sintomatologicamente semelhante aos sintomas experienciados na perturbação depressiva (Iacovides, et al., 2003). Algumas variáveis são preditoras do desenvolvimento do *burnout* pós perturbação depressiva. Entre as variáveis preditoras estão os elevados níveis de exigências psicológicas, os baixos níveis de apoio social em contexto laboral e o *stress* relativo a exigências irrealistas (Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel, & David, 1998, Kawakami, Araki & Kawashima, 1990, citados por Iacovides, et al., 2003). Assim, quanto maior a perceção de níveis elevados de *stress* maior o risco de episódios de depressão major (Wang, 2005, citado por Ohler, Kerr & Forbes, 2010).

A perceção de um sentimento de superioridade reduzido, ou de perda de estatuto são mais característicos de pessoas com perturbação depressiva do que com *burnout*, levando a que se possa sugerir que o sentimento de superioridade funciona como uma variável mediadora na relação entre o *burnout* e a perturbação depressiva (Brenninkmeyer, et al., 2001). Apenas quando os indivíduos com *burnout* percecionam que foram “derrotados” e experienciam perda de superioridade, podem consequentemente desenvolver perturbação depressiva (Brenninkmeyer, et al., 2001). A forma como o cuidador perceciona o respeito que os superiores hierárquicos e os colegas têm por ele, está negativamente associado ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos cuidadores (Ohler, et al., 2010).

Existem muitos cuidadores formais que trabalham nas instituições por turnos. O trabalho por turnos apresenta riscos aumentados para a saúde mental e para o desenvolvimento de problemas somáticos, havendo uma disrupção do ritmo circadiano e do padrão de sono (Thun, et al., 2014). Os cuidadores que mudam do turno da noite para o turno de dia podem experienciar dificuldades de adaptação ao seu horário de trabalho, bem como uma diminuição da sintomatologia depressiva, não sendo o contrário verdade (Thun, et al., 2014).

A experiência da perda, desaparecimento ou morte de pessoa que estava sob os seus cuidados é transversal a todos os cuidadores, diferenciando-se a forma como cada um lida com essa perda (Bonanno & Kaltman, 2001). Os cuidadores informais perdem um membro da família, alguém com quem tem uma relação significativa e duradoura. Os cuidadores formais perdem alguém que estava sob os seus cuidados, alguém que se comprometeram a ajudar e com quem desenvolveram uma relação. A perda, quer seja de pessoas, estatuto, ou de materiais, pode deixar o cuidador vulnerável ao desenvolvimento

de uma perturbação depressiva ou mesmo de uma perturbação de *stress* pós-traumático (Bonanno & Kaltman, 2001).

A perturbação depressiva em cuidadores formais tem impacto no próprio, nos seus colegas e na qualidade da sua prestação de cuidados (Letvak, et al., 2012), bem como na sua vida pessoal. Assim, cuidadores formais que percecionem sintomatologia depressiva devem ter acesso a recursos, incluindo apoio assistencial, serviço de psiquiatria e psicologia, bem como a recursos de mudança de estilo de vida, sendo sempre assegurado toda a confidencialidade do processo (Letvak, et al., 2012).

### **1.7.Objetivos de Investigação**

O papel realizado pelos cuidadores formais, sem exceção, é essencial para o funcionamento da sociedade, e para que esta funcione de forma equilibrada. No caso, a existência de cuidadores formais de pessoas idosas ou dependentes providencia um sentimento de segurança relativamente ao futuro. Assim, para que a população geral possa ter a certeza que quando envelhecer ou ficar dependente tem quem cuide de si é necessário que também a população geral cuide dos cuidadores. Desta forma torna-se essencial que conheçamos a realidade porque passam os cuidadores formais, o nível de *stress* que percecionam, a perceção que tem da sua qualidade de vida e do seu estado de saúde, bem como a determinação dos níveis de *burnout*.

Da revisão de literatura realizada podemos comprovar a influência das mais diversas variáveis na vida profissional e pessoal do cuidador, contribuindo para o interesse do estudo nesta área. De forma geral, podemos dizer que as variáveis ambientais e relacionais influenciam a perceção que temos do *stress*, que por sua vez influencia a frequência de utilização das estratégias de *coping*. De acordo com o resultado das estratégias de *coping* utilizadas a probabilidade de desenvolvimento de *burnout* ou de sobrecarga, e de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressiva, aumenta ou diminui. Atualmente, ainda não são consensuais as relações entre as variáveis em análise, servindo o presente estudo para, se possível, elucidar sobre a relação de possíveis variáveis, tentando compreender o mundo dos cuidadores formais. Este estudo torna-se também pertinente por estudar a relação entre o *Burnout* e a Sobrecarga numa amostra de cuidadores formais, tentando averiguar se é possível associar o conceito de Sobrecarga aos cuidadores formais, permitindo assim que possa haver comparação entre os cuidadores formais e informais.

Esta dissertação nasce assim, da necessidade de estudar e caracterizar os cuidadores formais em Portugal, uma vez que estes estão encarregues do bem-estar das pessoas idosas ou dependentes quando os familiares não tem possibilidades para isso ou se dissociam da responsabilidade.

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar uma amostra de cuidadores formais, relativamente à Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percecionadas, Estratégias de *Coping* que os cuidadores formais utilizam para lidar com as situações de *stress* laborais, o nível de *Burnout* e de Sobrecarga percecionados, e Sintomas Psicopatológicos experienciados. Este estudo apresenta também como objetivo averiguar a existência ou não de uma relação entre o *burnout* e a sobrecarga em cuidadores formais.

Apresentam-se de seguida, de forma mais detalhada, os objetivos específicos do presente estudo:

- 1- Avaliar a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) percecionada pelos Cuidadores Formais
- 2- Identificar as Estratégias de *Coping* (QMLA) utilizadas pelos Cuidadores Formais em situações de *stress*
- 3- Avaliar os níveis de *Burnout* (IBC) e de Sobrecarga (ESC) percecionados pelos Cuidadores Formais
- 4- Avaliar os Sintomas Psicopatológicos (BSI) experienciados pelos Cuidadores Formais
- 5- Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição”
- 6- Analisar a existência de diferenças entre grupos, nomeadamente “Trabalhar por Turnos” vs “Não Trabalhar por Turnos”, “Ter Formação Superior” vs. “Não Ter Formação Superior” e “Ter 8 ou Menos Anos de Serviço na Instituição” vs, “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição” relativamente às variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos

## **2. METODOLOGIA**

O capítulo da Metodologia descreve o plano e o processo de investigação utilizado, desde a escolha dos questionários aos procedimentos estatísticos realizados. O presente capítulo apresenta também a caracterização sociodemográfica da amostra.

### **2.1.Desenho da Investigação**

O presente estudo caracteriza-se por ser exploratório, observacional, descritivo e transversal. O estudo baseia-se numa abordagem quantitativa com utilização de questionários de autorrelato como método de recolha de dados. A abordagem quantitativa caracteriza-se por permitir a recolha de informação de uma determinada população através de medidas e métodos padronizados (Pais Ribeiro, 2010).

A preocupação do paradigma quantitativo reside na generalização de resultados, ou predições como meio de explicar eventos específicos (Szyjka, 2012). Assim, espera-se que recorrendo a uma abordagem quantitativa, se consiga uma caracterização da amostra considerando as variáveis em estudo.

### **2.2.Amostra**

A amostra deste estudo caracteriza-se por ser não probabilística ou intencional por conveniência. Relativamente a critérios de inclusão, o único que foi considerado foi o local de trabalho e o tipo de trabalho, sendo apenas consideradas as pessoas que trabalhem na instituição de acolhimento e que se definam como cuidadores formais.

De seguida apresenta-se a caracterização da amostra de cuidadores formais que participaram neste estudo (Tabela 1). No total, participaram neste estudo 40 cuidadores formais, empregados no Centro de Apoio Social de Oeiras – Instituto de Ação Social das Forças Armadas (CASO-IASFA), e com acesso direto aos residentes do mesmo. O CASO-IASFA é constituído por várias instalações destinadas ao apoio aos idosos, dependendo do nível de autonomia física e mental que as pessoas apresentam, indo desde as residenciais (para pessoas com maior nível de autonomia e de saúde mental) ao lar (no edifício referente aos cuidados médicos, para pessoas que necessitam de cuidados de natureza mais intensa e extensa).

Tabela 1

*Caracterização da Amostra de Acordo com as Variáveis Sociodemográficas*

		N (%)	Média	Desvio-padrão	Amplitude	
					Mínimo	Máximo
Idade		40 (100%)	45,33	10,76	22	66
Sexo	Feminino	36 (90%)	-	-	-	-
	Masculino	4 (10%)	-	-	-	-
Estado Civil	Solteiro	10 (25%)	-	-	-	-
	Casado	19 (47,5%)	-	-	-	-
	Divorciado	3 (7,5%)	-	-	-	-
	Viúvo	1 (2,5%)	-	-	-	-
	União de Facto	7 (17,5%)	-	-	-	-
Área de Residência	Urbano	2 (5%)	-	-	-	-
	Rural	36 (90%)	-	-	-	-
Número de Filhos	0	8 (20%)	-	-	-	-
	1	14 (35%)	-	-	-	-
	2	11 (27,5%)	-	-	-	-
	3 ou mais	7 (17,5%)	-	-	-	-
Número de Dependentes	0	36 (90%)	-	-	-	-
	1	3 (7,5%)	-	-	-	-
Escolaridade	1º ao 4º ano	1 (2,5%)	-	-	-	-
	5º ao 6º ano	4 (10%)	-	-	-	-
	7º ao 9º ano	8 (20%)	-	-	-	-
	10º ao 12º ano	10 (25%)	-	-	-	-
	Ensino Superior	17 (42,5%)	-	-	-	-
Profissão	Técnico Superior	15 (37,5%)	-	-	-	-
	Auxiliar de Ação		-	-	-	-
	Médica	21 (52,5%)	-	-	-	-
	Estagiário	2 (5%)	-	-	-	-
	Outra	1 (2,5%)	-	-	-	-
Anos de Serviço na instituição		34 (85%)	11,15	9,18	0	34
Trabalha por turnos	Sim	19 (47,5%)	-	-	-	-
	Não	18 (45%)	-	-	-	-
Carga Horária Semanal		34 (85%)	39,85	1,52	35	45
Faltas ao serviço	Nunca/raramente	28 (70%)	-	-	-	-
	Algumas vezes	6 (15%)	-	-	-	-
	Bastantes vezes	1 (2,5%)	-	-	-	-
Exerceu outra profissão que não a de cuidador formal	Sim	21 (52,5%)	-	-	-	-
	Não	16 (40%)	-	-	-	-
Mudaria de profissão	Sim	6 (15%)	-	-	-	-
	Não	30 (75%)	-	-	-	-



Dos 40 participantes 4 (10%) eram do sexo masculino, sendo os restantes 36 (90%) do sexo feminino, variando a idade de todos os participantes entre os 22 e os 66 anos, sendo a média de 45,33 anos. Em relação à variável escolaridade, 1 (2,5%) participante referiu ter completado apenas o primeiro ciclo (1º ao 4º ano), 4 (10%) completaram o segundo ciclo (5º ao 6º ano), 8 (20%) completaram o terceiro ciclo (7º ao 9º ano), 10 (25%) o ensino secundário (10º ao 12º ano) e 17 (42,5%) completaram o ensino superior. Dos 40 participantes, 10 (25%) referiram ser solteiros, 19 (47,5%) casados, 3 (7,5%) referiram serem divorciados, 7 (17,5%) referiram estarem numa relação em união de facto, e 1 (2,5%) referiu ser viúvo. Do total de participantes 32 (80%) manifestaram terem um filho ou mais, nomeadamente, 14 (35%) participantes referiram terem um filho, 11 (27,5%) referiram terem 2 e 7 (17,5%) manifestaram terem 3 ou mais. Apenas 3 (7,5%) dos participantes relataram terem pessoas dependentes de si fora da instituição de trabalho. Em relação à variável profissão, dentro da categoria cuidadores formais, 15 (37,5%) dos participantes relataram serem técnicos superiores, como por exemplo enfermeiros, psicólogos ou terapeutas ocupacionais, 21 (52,5%) mencionaram serem auxiliares de ação médica, 2 (5%) relataram serem estagiários de enfermagem ou de psicologia, 1 (2,5%) participante referiu estar envolvido em atividades de secretariado, e 1 (2,5%) não respondeu. Relativamente aos anos de serviço na instituição, apenas 34 (85%) participantes responderam, variando entre os 5 meses e os 34 anos o seu vínculo à instituição, sendo a média de 11,15 anos ( $DP = 9,18$ ). Em relação ao trabalho por turnos, 19 (47,5%) relataram trabalhar por turnos, enquanto 18 (45%) referiram não o fazer, houve ainda 3 (7,5%) participantes que não responderam à questão. O trabalho por turnos é realizado em três horários distintos (manhã, tarde, noite) devido à necessidade de ter cuidadores formais presentes durante as vinte e quatro horas do dia. A média de horas de trabalho na instituição é de 37,68 ( $DP = 9,51$ ), com um máximo de 45 horas de trabalho por semana relatadas. Houve 28 (70%) participantes que relataram nunca/raramente faltar ao serviço, 6 (15%) relataram faltar ao serviço algumas vezes e 1 (2,5%) referiu faltar bastantes vezes, sendo que houve 5 (12,5%) participantes que não responderam à questão.

Em relação a terem exercido outra profissão, 16 (40%) participantes referiram não ter exercido outra profissão além da de cuidador formal, já 21 (52,5%) participantes referiram ter exercido outra profissão e 3 (7,5%) não responderam à questão. Em relação à questão se mudariam de profissão se pudessem, 30 (75%) refere que não mudaria, 6 (15%) refere que se pudesse mudaria de profissão e 4 (10%) não responderam.

Por último, 36 (90%) participantes referem viver numa zona urbana, enquanto 2 (5%) referem viver numa zona rural.

### **2.3. Instrumentos de Recolha de Dados**

De forma a avaliar os objetivos anteriormente descritos, foram utilizados vários instrumentos na presente investigação. Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sócio-demográfico, o questionário *World Health Organization for Quality of Life* na sua forma breve (WHOQOL-Bref – Skevington, Loftly & O’Connell, 2004; traduzido e adaptado por Vaz Serra et al., 2006), o Questionário de Estado de Saúde (SF-36 – Ware & Sherbourne, 1992; Ware, Gandek & IQOLA Project, 1994; traduzido e adaptado por Ferreira, 2000a, 2000b), o Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA – Folkman & Lazarus, 1988; traduzido e adaptado por Pais-Ribeiro & Santos, 2001), o Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC – Kristensen, et al., 2005; traduzido e adaptado por Fonte, 2011), a Escala de Sobrecarga do Cuidador (*The Zarit Burden Interview* – ESC – Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980; traduzido e adaptado por Sequeira, 2010) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – Derogatis & Melisaratos, 1983; traduzido e adaptado por Canavarro, 1999).

#### **2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico**

O questionário Sócio-Demográfico<sup>1</sup> foi utilizado com o objetivo de recolher informação para caracterizar a amostra de forma geral. Assim foram recolhidas informações como o sexo, a idade, a escolaridade, estado civil, se tem filhos ou dependentes e quantos, local de residência, se trabalha por turnos ou não, tempo de serviço na instituição, quantas horas trabalha por semana, qual a sua profissão, se já exerceu outra profissão, se pudesse se exerceria outra profissão e se costuma faltar ao trabalho.

#### **2.3.2. *World Health Organization Quality of Life –Bref* (WHOQOL-Bref)**

O WHOQOL-Bref<sup>2</sup> é um instrumento de avaliação da perceção da qualidade de vida, criado pela OMS, constituindo uma versão breve do WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1993). O WHOQOL-100 foi criado, por um grupo internacional, com o objetivo de avaliar uma larga escala de domínios potencialmente independentes que cobrem todos

---

<sup>1</sup> Encontra-se em anexo (Anexo III – ver CD)

<sup>2</sup> Encontra-se em anexo (Anexo IV – ver CD)

os aspetos necessários à qualidade de vida, de forma válida, fiel, responsiva, e de aplicação transcultural, sendo constituído por cem itens (WHOQOL Group, 1995, 1998).

O WHOQOL-Bref é constituído por apenas 26 perguntas, cada pergunta corresponde a uma faceta da qualidade de vida, estando estas agrupadas em 4 domínios, o físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho), o psicológico (sentimentos positivos; pensamentos, aprendizagem, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais), o das relações sociais (relações pessoais; apoio social; atividade sexual) e o ambiental (segurança física; ambiente no lar; recursos económicos; cuidados de saúde e sociais – disponibilidade e qualidade; oportunidade para adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio e lazer; ambiente físico - poluição/barulho/trânsito/clima; transporte) (Vaz Serra et al., 2006). Existem ainda dois itens que não pertencem a nenhum dos domínios, um deles retrata a qualidade de vida geral e o outro a perceção geral da saúde (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010; Vaz Serra et al., 2006).

Este questionário apresenta uma escala de *Likert* com cinco níveis de resposta, de acordo com o tema do item, intensidade, autoavaliação, frequência ou capacidade, sendo que a direção dos níveis de resposta varia consoante estes são apresentados de forma positiva ou negativa.

O WHOQOL-Bref foi traduzido, adaptado e validado para português de Portugal por Vaz Serra e colaboradores (2006). Os estudos psicométricos do instrumento WHOQOL-Bref, para a população portuguesa, indicam que, em termos de fiabilidade, o Alfa de *Cronbach* para o Domínio Físico foi de 0,87, para o Domínio Psicológico foi de 0,84, para o Domínio das Relações Sociais o Alfa já foi de 0,64 e para o Domínio Ambiental de 0,78 (Vaz Serra et al., 2006). Em termos de estabilidade temporal, o WHOQOL-Bref apresenta valores indicativos de uma boa estabilidade temporal (Vaz Serra et al., 2006). A correlação entre o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, apresenta valores entre os 0,77 (domínio das relações sociais) e os 0,86 (domínio psicológico), podendo assim concluir que ambos os instrumentos avaliam o mesmo conceito (Vaz Serra, et al., 2006)

### 2.3.3. Questionário de Estado de Saúde (SF-36)

O Questionário de Estado de Saúde<sup>3</sup> (SF-36) foi criado por Ware e Sherbourne (1992) e por Ware, Gandek e o grupo IQOLA (1994), no âmbito de um projeto que visava estudar se as variações dos resultados nos indivíduos com doença eram explicadas pelas diferenças nos sistemas de saúde, formação e prática clínica (Ferreira, 2000a). O SF-36 caracteriza-se ainda por ser um instrumento genérico do estado de saúde, tendo sido desenhado para ser usado numa vasta gama de populações com doença crónica (Sprangers, et al., 2000).

O SF-36 caracteriza-se por ser um questionário de autorrelato, composto por um total de 36 itens dispostos numa escala multi-item que avalia oito conceitos de saúde (Ware & Sherbourne, 1992), divididos em dois componentes: o físico e o mental. A componente física está dividida nas dimensões função física, desempenho físico, dor física (Ferreira, 2000a). A componente mental, por sua vez, é constituída pela dimensão saúde mental, desempenho emocional, função social (Ferreira, 2000a), sendo que existe ainda um item adicional que avalia a mudança de saúde (Sprangers, et al., 2000). As dimensões vitalidade e saúde em geral pertencem simultaneamente aos dois componentes (Ferreira, 2000a). O questionário é respondido através de uma escala *Likert*, variando o número de alternativas possíveis consoante a pergunta. A escala de *Likert* varia entre a apresentação de três a seis hipóteses de respostas, sendo que a maioria das questões apresenta apenas cinco hipóteses de respostas.

O SF-36 foi traduzido, adaptado e validado por Ferreira (2000a; 2000b), apresentando valores de fiabilidade aceitáveis. Os valores de Alfa de *Cronbach* variaram entre 0,644 e 0,875 (Ferreira, 2000b). De acordo com os resultados obtidos por Ferreira (2000b) a componente física apresenta um Alfa de *Cronbach* entre o 0,75 e o 0,87, a componente mental apresenta valores que oscilam entre 0,60 e 0,83. Relativamente ao uso do método teste-reteste para cálculo da fiabilidade, os resultados foram mais baixos, variando entre 0,45 e 0,78 nas dimensões do questionário (Ferreira, 2000b).

### 2.3.4. Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

O Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos<sup>4</sup> (*Ways of Coping Questionnaire* – QMLA) foi desenvolvido por Folkman & Lazarus (1988),

---

<sup>3</sup> Encontra-se em anexo (Anexo V – ver CD)

<sup>4</sup> Encontra-se em anexo (Anexo VI – ver CD)

caracterizando-se por ser uma *checklist* que aborda amplas estratégias de *coping* que um indivíduo poderia usar num episódio específico, tanto comportamentais como cognitivas (Folkman & Lazarus, 1980). O QMLA é constituído por 48 itens, sendo que cada item corresponde a uma estratégia de *coping*, bem como uma pergunta adicional relativa à situação que foi pensada pelo indivíduo. Os itens do QMLA encontram-se divididos em duas categorias, as estratégias de *coping* focadas no problema e as focadas na emoção, dependendo da sua função (Folkman & Lazarus, 1980). Cada um dos itens tem quatro opções de resposta, desde “nunca usei” a “usei muitas vezes”, permitindo assim avaliar a frequência de uso de cada uma das estratégias. As estratégias de *coping* focadas no problema descrevem esforços cognitivos e comportamentais que visam alterar ou gerir a fonte do problema e gerir a relação da pessoa com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980; Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As estratégias de *coping* focadas na emoção, por sua vez, descrevem esforços cognitivos e comportamentais direcionados para a redução ou gestão da angústia/aflição emocional, de forma a regular essas emoções (Folkman & Lazarus, 1980; Pais-Ribeiro & Santos, 2001). É preciso ressaltar que existem certas estratégias de *coping*, como por exemplo a estratégia de procura de suporte social, que pertence a essas duas categorias (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). O questionário está ainda dividido em oito subescalas, a subescala de distanciamento, fuga-evitamento, reavaliação positiva e autocontrolo inserem-se na categoria de estratégias de *coping* focadas na emoção, enquanto que as subescalas de *coping* confrontativo, aceitação da responsabilidade e resolução planeada do problema integram estratégias de *coping* focado no problema (Folkman, & Lazarus, 1988).

Relativamente às pontuações obtidas pelo questionário, temos as pontuações absolutas que fornecem informação acerca do uso de cada subescala de *coping*, descrevendo os esforços de *coping* individualmente para cada subescala (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As pontuações relativas fornecem informação relativamente ao esforço representado por cada tipo de *coping* (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

De ressaltar que o questionário inicial traduzido para português era constituído por 50 itens, sendo que devido a valores de consistência interna não aceitáveis, Pais-Ribeiro e Santos (2001) decidiram retirar dois itens, ficando assim o questionário com 48 itens e valores aceitáveis de fiabilidade. Os valores de Alfa de *Cronbach* para as 8 subescalas variam entre 0,52 (*coping* confrontativo) e 0,83 (reavaliação positiva) (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). As duas escalas com valores de Alfa de *Cronbach* inferiores a 0,65 foi a subescala de *coping* confrontativo (0,52) e a de aceitação da responsabilidade

(0,57), sendo que esta última é composta apenas por três itens (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

### **2.3.5. Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC)**

O Inventário de *Burnout* de Copenhagen<sup>5</sup> (IBC; Kristensen, et al., 2005) foi desenvolvido devido à necessidade de realizar um estudo longitudinal sobre os serviços humanos, uma vez que se verificou um aumento de doenças a longo prazo e de reformas antecipadas entre os membros da união representativa dos trabalhadores de serviços humanos (Kristensen, et al., 2005). O IBC foi criado dentro do projeto PUMA, consistindo este numa intervenção longitudinal ao longo de 5 anos com o objetivo de estudar a prevalência e distribuição do *burnout*, as suas causas e consequências, bem como possíveis intervenções que o reduzam se necessário (Borritz et al., 2006).

O IBC considera que o núcleo do *burnout* é a fadiga e a exaustão, aproveitando a definição de burnout de Schaufeli e Greenglass (2001, cit por Kristensen et al., 2005; Borritz et al., 2006), sendo constituído por 3 dimensões, o *burnout* pessoal, o *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o cliente (utente, paciente) (Kristensen et al., 2005). O IBC é constituído por 19 perguntas sob a forma de escala de *Likert* de cinco pontos, variando as respostas de Imenso/sempre a Nunca/Quase nunca/Muito pouco.

A dimensão do *burnout* pessoal é definida como o grau de fadiga e exaustão físicas e psicológicas que são experienciadas pela pessoa, não havendo intenção de discriminar entre o físico e o psicológico (Kristensen et al, 2005; Fonte, 2011). O *burnout* relacionado com o trabalho foi definido como o grau de fadiga e exaustão física e psicológica que é percecionada pela pessoa em relação ao seu trabalho, havendo um foco nas atribuições de sintomas que a pessoa faz em relação ao seu trabalho (Kristensen, et al., 2005, Fonte, 2011). O *burnout* relacionado com o cliente (utente, paciente) foi definido como o grau de fadiga e exaustão física e psicológica que a pessoa perceciona relacionada com o seu trabalho com os utentes (clientes), havendo um foco no grau em que as pessoas veem uma conexão entre a sua fadiga e as “pessoas do trabalho” (Kristensen, et al., 2005; Fonte, 2011). Os fatores relacionados com o cliente incluem as emoções escondidas no trabalho, bem como situações em que o foco é apenas ajudar o cliente, ou ajudar e controlar, por exemplo em hospitais psiquiátricos (Hasenfeld, 1983, cit por Borritz, et al, 2006). Os

---

<sup>5</sup> Encontra-se em anexo (Anexo VII – ver CD)

fatores não relacionados com os clientes passam pela exposição psicossocial, que avalia a influência no local de trabalho, bem como o apoio social por parte dos supervisores e dos colegas (Marmot, Siegrist, Theorell & Fenney, 1999, cit Borritz et al., 2006) Os resultados obtidos pela aplicação dos questionários irá permitir identificar as pessoas que estão cansadas, e a que dimensão atribuem esse cansaço (Kristensen, et al., 2005).

O IBC foi adaptado e validado para a população portuguesa por Fonte (2011), no âmbito da sua dissertação de mestrado. Em termos de Alfa de Cronbach, foi obtido o valor de 0,845 para o total da dimensão do *burnout* pessoal, o valor de 0,866 para o total da escala *burnout* relacionado com o trabalho, e o valor de 0,843 para o total da escala *burnout* relacionado com o cliente (Fonte, 2011). Assim, podemos dizer que o IBC apresenta uma boa consistência interna.

### **2.3.6. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)**

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit<sup>6</sup> (ESC), foi desenvolvida por Zarit, Reeve e Bach-Peterson (1980), tendo sido depois revista, sofrendo uma diminuição do número de itens, passando de 29 para 22. O ESC é um questionário de autorrelato usado para avaliar os sentimentos de sobrecarga percebidos pelo cuidador independentemente do impacto da doença nas suas vidas (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014). O ESC avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva percebida pelo cuidador informal (Sequeira, 2010), identificando os fatores que levam à exaustão do cuidador (Ferreira, et al., 2010). A versão reduzida do ESC é constituída por 22 itens, cada um com cinco níveis de resposta, variando de Nunca a Quase sempre, cuja soma total pode variar de 0 a 88 (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014). Quanto mais elevado o valor total do instrumento maiores os níveis de sobrecarga experienciados pelo indivíduo. As questões fazem referência a informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014; Sequeira, 2010). Elevados níveis de sobrecarga na ESC estão associados com uma diminuição da saúde física e mental, bem como a uma diminuição da vitalidade e do funcionamento social (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014; Sequeira, 2010; Schreiner, Morimoto, Arai, & Zarit, 2006). Os resultados obtidos pelo instrumento pode indicar, ausência de sobrecarga (<46), sobrecarga ligeira (46-56) ou sobrecarga severa (>56) (Sequeira, 2010).

---

<sup>6</sup> Encontra-se em anexo a sua versão adaptada (Anexo VIII – ver CD))

O ESC está dividido em vários fatores que juntos avaliam a sobrecarga. De acordo com Sequeira (2010), o primeiro fator “impacto da prestação de cuidados” (IPC) avalia a sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, destacando-se a alteração do estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste físico e mental. O segundo fator, “relação interpessoal” (RI) está relacionada com a relação entre o cuidador e o indivíduo dependente, avaliando o impacto interpessoal, bem como as dificuldades da interação. O terceiro fator intitula-se “expetativas com o cuidar” (EC), avaliando as expetativas do cuidador relativamente à prestação de cuidados (medos, receios, disponibilidades). O quarto fator “perceção de autoeficácia” (PA) baseia-se na opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho profissional.

A escala de Sobrecarga do Cuidador foi traduzida, adaptada e validada por Sequeira (2010) apresentando no seu total uma elevada consistência interna, nomeadamente um Alfa de *Cronbach* entre 0,93 e 0,88, dependendo do estudo. O Alfa de *Cronbach* de 0,93 foi conseguido por Sequeira (2010) com participantes cuidadores de idosos com e sem demência. O Alfa de *Cronbach* de 0,88 foi conseguido por Gonçalves-Pereira e Zarit (2014) numa amostra de cuidadores de indivíduos com demência, sendo coincidente com o estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2010) numa amostra de cuidadores de doentes em cuidados paliativos domiciliários. Neste último estudo foi eliminado o 22º item pela sua generalidade e grande correlação com os outros itens. Relativamente à consistência interna dos fatores esta varia entre 0,93 (impacto da prestação de cuidados) e 0,67 (perceção de autoeficácia), sendo que estes quatro fatores explicam 62% da variância total do instrumento (Sequeira, 2010).

O ESC apresenta-se como o instrumento de eleição para avaliação da sobrecarga em cuidadores informais, assim, para que pudesse ser aplicado aos participantes deste estudo procedeu-se à adaptação do português, mantendo o total de 22 itens. Assim, itens que anteriormente faziam referência a apenas um individuo familiar dependente fazem agora referência a um número mais geral. Por exemplo, uma pergunta que antes seria “*Tem receio do que pode acontecer ao seu familiar no futuro?*” foi modificada, ficando “*Tem receio do futuro destinado às pessoas de quem cuida?*”. De ressaltar que este instrumento não se encontra validado para cuidados formais. No entanto, já se encontram estudos que utilizam o conceito de sobrecarga associado ao cuidador formal (Costa, et al., 2013; Miyamoto et al., 2010).



### 2.3.7. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos<sup>7</sup> (BSI) foi desenvolvido por Derogatis e Melisaratos (1983), como uma escala de autorrelato breve de sintomas psicológicos. O BSI foi desenvolvido a partir do SCL-90-R, tendo sido adaptado e validado para português de Portugal por Canavarro (1999). O BSI avalia os sintomas psicológicos da pessoa tendo em consideração nove dimensões de sintomatologia e três índices globais (Canavarro, 1999).

As dimensões avaliadas são Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). A dimensão de somatização reflete o *stress* psicológico que advém da perceção de disfunções corporais (Derogatis & Melisaratos, 1983), ou seja, o mal-estar que resulta da perceção do funcionamento somático, como por exemplo queixas cardiovasculares (Canavarro, 1997; 2007). A dimensão de obsessões-compulsões tem como foco os pensamentos, impulsos e comportamentos que são experienciados como irresistíveis e constantes, no entanto, estes são de natureza indesejada e ego-distónica (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999; 2007). A dimensão sensibilidade interpessoal tem como foco os sentimentos de inferioridade ou inadequação, bem como auto-depreciação, desconforto durante interações interpessoais, sendo estas características de pessoas com elevados níveis de sensibilidade interpessoal (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). A dimensão depressão tem como alvo uma ampla variedade de sinais e sintomas dos síndromes clínicos depressivos, como por exemplo sintomas disfóricos e de humor, perda de interesse em atividades, bem como sentimentos de futilidade e desesperança (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). A dimensão ansiedade assume uma variedade de sintomas relacionados com a manifestação ansiosa incluindo também sintomas da ansiedade generalizada e ataques de pânico, nervosismo, e tensão são alguns dos indicadores de ansiedade (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). Também a ansiedade fóbica tem a sua própria dimensão, sendo definida como a resposta de medo persistente irracional e/ou desproporcionado em relação ao estímulo, estando orientado para viagens, espaços abertos, multidões, espaços públicos entre outros, focando as manifestações de comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). A dimensão hostilidade está

---

<sup>7</sup> Encontra-se em anexo (Anexo IX – ver CD)

organizada à volta de três componentes do comportamento hostil, os pensamentos, os sentimentos e as ações (Derogatis & Melisaratos, 1983). As experiências típicas abrangidas por esta dimensão vão desde os sentimentos de aborrecimento, a impulsos de partir coisas, passando pelas explosões de temperamento (Derogatis & Melisaratos, 1983). A dimensão ideação paranóide assenta na definição de síndrome, sendo apresentado como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, considerando o pensamento projetivo, a hostilidade, suspeição, centralidade e medo de perder autonomia (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). Por último, a dimensão psicoticismo é representada como um contínuo da experiência humana, progredindo desde o isolamento interpessoal ligeiro ao estado psicótico (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999, 2007). De ressaltar que existem ainda mais 4 itens nos questionários que não estão inseridos em nenhuma das dimensões referidas, estes itens referem sintomas que podem ser transversais às dimensões do instrumento (Derogatis & Melisaratos, 1983). Estes itens apresentam relevância clínica e são considerados apenas para o cálculo dos índices globais. Os itens são avaliados de acordo com uma escala de *likert* de cinco pontos, variando a resposta de “*nunca*” a “*muitíssimo*”.

O BSI providencia três índices globais: o primeiro diz respeito ao índice geral de sintomas (IGS), sendo o melhor indicador dos níveis atuais de angústia e dificuldades (*distress*), combinando informação do número de sintomas e da intensidade percebida da angústia/dificuldade (*distress*); o segundo, total de sintomas positivos (TSP) diz respeito ao número total de sintomas que o indivíduo reporta experienciar independentemente do grau; o terceiro, índice de sintomas positivos é uma medida de intensidade, funcionando como medida do estilo de resposta, fornecendo informação sobre se o indivíduo está a aumentar) ou a atenuar o *distress* pela sua forma de resposta (Derogatis & Melisaratos, 1983).

Relativamente à consistência interna, o BSI, apresenta valores que se situam entre os 0,72 e 0,80 na maioria das escalas (Canavarro, 2007). No entanto, a escala de ansiedade fóbica e a escala de psicoticismo apresentam valores de 0,62, apresentando-se inferiores ao esperado (Canavarro, 2007). No entanto, tendo em consideração que o BSI avalia a psicopatologia, considera-se que tem uma boa consistência interna.

## **2.4.Procedimento de Recolha de Dados**

O estudo foi aprovado pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Na fase inicial do estudo procedeu-se ao contacto com a instituição acolhedora da investigação, procedendo-se ao envio de uma carta que explicava o estudo. Após aceitação por parte da instituição para a realização do estudo<sup>8</sup>, iniciou-se a recolha de dados. A recolha de dados procedeu-se através da entrega de um envelope com os questionários, tanto pessoalmente, como através da receção do piso ou de superiores hierárquicos. O consentimento informado<sup>9</sup> foi entregue antes da entrega dos envelopes com os questionários ou juntamente com os questionários, dependendo da situação. O contacto, quer telefónico quer eletrónico, da investigadora foi fornecido a todos os participantes da investigação, caso existissem dúvidas ou comentários a fazer à investigação.

## **2.5.Procedimentos de Análise de Estatística**

Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao IBM SPSS Statistics 22. Numa primeira fase procedeu-se às análises preliminares dos dados, como a substituição de valores omissos, bem como à criação da base de dados, mais concretamente, das variáveis que compõem os diferentes questionários.

A análise da fiabilidade dos instrumentos para esta amostra foi calculada com recurso ao Alfa de *Cronbach*<sup>10</sup>. A normalidade da distribuição das variáveis foi averiguada com recurso aos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. No entanto, devido ao carácter conservador destes dois testes, verificou-se também os valores de curtose e de assimetria, sendo que a distribuição foi considerada normal se os valores obtidos fossem inferiores a duas vezes o erro-padrão<sup>11</sup>. Com o objetivo de averiguar as relações existentes entre as variáveis em estudo, foram utilizados testes correlacionais paramétricos (*Pearson*) e testes correlacionais não paramétricos (*Spearman*), consoante se verificava ou não a normalidade da distribuição da variável<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> Encontra-se em anexo (Anexo I)

<sup>9</sup> Encontra-se em anexo (Anexo II)

<sup>10</sup> Encontram-se em anexo as tabelas do Alfa de *Cronbach* (Anexo X – ver CD)

<sup>11</sup> Encontram-se em anexo as tabelas dos Testes de Normalidade (Anexo XI – ver CD)

<sup>12</sup> Encontram-se em anexo as tabelas de Análise dos Resultados Correlacionais não significativos (Anexo XII – ver CD)

Para analisar se existiam diferenças entre os grupos “Trabalhar por Turnos” vs. “Não Trabalhar por Turnos”, “Ter 8 ou Menos Anos de Serviço na Instituição” vs “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição” e “Ter Formação Superior” vs. “Não ter Formação Superior”, recorreu-se ao Teste T para amostras independentes, no caso de a distribuição da variável dependente ter distribuição normal e ao Teste Mann-Whitney no caso de a distribuição da variável dependente não ser normal<sup>13</sup>. A Homogeneidade de variâncias foi verificada através do teste Levene. Para a comparação entre os grupos “Ter 8 ou Menos Anos de Serviço na Instituição” e “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição”, foi calculada a mediana de forma poder ter dois grupos equivalentes.

Os resultados obtidos, através do recurso a estas ferramentas, encontram-se descritos no capítulo seguinte, “Análise de Resultados”.

---

<sup>13</sup> Encontram-se em anexo as tabelas dos resultados não significativos da análise de comparação de grupos (Anexo XIII – ver CD)

### 3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos através da análise estatística descritiva, correlacional e de comparação de grupos. Os resultados apresentados têm em consideração o objetivo geral e específicos descritos anteriormente, e considerando as variáveis em estudo: Características Sociodemográficas, Qualidade de Vida, Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos.

#### 3.1. Avaliar a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percebida pelos Cuidadores Formais

##### 3.1.1. Avaliar a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

A variável Qualidade de Vida foi avaliada com recurso ao instrumento WHOQOL-Bref, apresentando os domínios “Qualidade de Vida Geral” (Domínio Geral), “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais” e “Domínio Ambiental”. Na Tabela 2 apresentam-se os resultados obtidos nos domínios constituintes do WHOQOL-Bref.

Tabela 2

*Análise Descritiva dos Domínios do WHOQOL-Bref*

Domínio	M	DP	Amplitude	
			Mín	Máx
Qualidade de Vida Geral (2 itens)	67,50	17,86	,00	88,00
Físico (7 itens)	69,29	18,10	7,00	93,00
Psicológico (6 itens)	73,44	16,82	,00	96,00
Relações Sociais (3 itens)	72,08	18,92	,00	100,00
Ambiente (8 itens)	64,38	15,66	,00	88,00

De acordo com a tabela 2, e considerando que quanto mais elevado o resultado melhor é a qualidade de vida percebida, podemos verificar que os cuidadores formais percebem uma melhor qualidade de vida nos domínios “Psicológico” (M=73,44; DP=16,82), seguido das “Relações Sociais” (M=72,08; DP=18,08) e do domínio “Físico” (M=69,29; DP=18,10). Por outro lado, observa-se que os resultados mais baixos

pertencem aos domínios “Qualidade de Vida Geral” (Domínio Geral -  $M=67,50$ ;  $DP=17,86$ ) e “Ambiente” ( $M=64,38$ ;  $DP=15,66$ ), o que significa que é nestes domínios que os cuidadores percecionam uma pior qualidade de vida, relativamente aos outros domínios.

Em termos de fiabilidade, foi calculado o Alfa de *Cronbach* para todos os domínios, sendo que o domínio “Qualidade de Vida Geral” apresentou o Alfa mais baixo (0,634). Os restantes domínios apresentaram valores de Alfa de *Cronbach* superiores a 0,800, nomeadamente o domínio “Físico” apresentou o Alfa mais elevado (0,860), seguido do domínio “Ambiente” (0,860), do domínio “Relações Sociais” (0,843), por último, o domínio “Psicológico” apresentou um Alfa de *Cronbach* de 0,819.

### **3.1.2. Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)**

A perceção da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde foi avaliada com recurso ao Questionário de Estado de Saúde (SF-36). Na tabela 3 encontram-se descritos os resultados obtidos para as dimensões do SF-36: “Saúde Geral”, “Mudança de Saúde”, “Função Física”, “Desempenho Físico”, “Função Social”, “Desempenho Social”, “Dor Corporal”, “Vitalidade” e “Saúde Mental”. Quanto mais elevado o resultado melhor a qualidade de vida relacionada com a saúde tal como percecionada pela pessoa.

De acordo com os resultados obtidos, podemos observar que a dimensão “Função Física” ( $M=80,63$ ;  $DP=24,55$ ) obteve o valor mais elevado, o que indica que os cuidadores formais tendem a não experienciar limitações de desempenho na realização de atividades, quer estas sejam ligeiras ou mais extenuantes. Observa-se, também, que os cuidadores formais não experienciam em grande proporção limitações na saúde, relativas ao tipo e à quantidade de trabalho a que estão expostos (“Desempenho Emocional” –  $M=78,13$ ;  $DP=26,33$ ; “Desempenho Físico” –  $M=75,00$ ;  $DP=28,80$ ). Verifica-se que os cuidadores formais não percecionam um grande impacto das suas limitações físicas e emocionais nas atividades sociais que realizam (“Função Social” –  $M=72,19$ ;  $DP=24,62$ ). Em relação à dimensão “Saúde Mental” ( $M=74,63$ ;  $DP=19,56$ ), verifica-se que os cuidadores formais não consideram que dimensões como a ansiedade, a depressão e a perda de controlo tenham impacto no seu estado de saúde. As dimensões que obtiveram os valores mais baixos foram a “Saúde Geral” ( $M=59,38$ ;  $DP=13,50$ ), “Vitalidade” ( $M=59,38$ ;  $DP=22,91$ ) e “Dor Corporal” ( $M=67,75$ ;  $DP=31,71$ ). Apesar de serem mais baixos continuam a ser superiores a 50 (valor médio), sendo que 32,5% dos

cuidadores formais considera que as dores físicas que experienciam interferem, de alguma forma, com as suas atividades. Na dimensão “Mudança de Saúde”, apesar de não haver comparação teste-reteste, verifica-se que 45,7% dos cuidadores formais analisados consideram que o seu estado de saúde se encontra aproximadamente igual ou melhor do que no ano anterior.

Tabela 3

*Análise Descritiva das Dimensões do SF-36*

Domínios	N		M	DP	Amplitude	
	Válido	Ausente			Mín	Máx
Saúde Geral (5 itens)	40	0	59,38	13,50	20,00	85,00
Mudança de Saúde (1 item)	35	5	45,71	24,62	,00	100,00
Função Física (10 itens)	40	0	80,63	24,55	10,00	100,00
Desempenho Físico (4 itens)	40	0	75,00	28,80	,00	100,00
Desempenho Emocional (3 itens)	40	0	78,13	26,33	,00	100,00
Função Social (2 itens)	40	0	72,19	26,48	,00	100,00
Dor Física (2 itens)	40	0	60,97	28,54	,00	100,00
Vitalidade (4 itens)	40	0	59,38	22,91	18,75	100,00
Saúde Mental (5 itens)	40	0	74,63	19,56	,00	100,00

A fiabilidade foi calculada com recurso ao Alfa de *Cronbach*, sendo que os valores obtidos variaram entre 0,454 (“Saúde Mental”) e 0,972 (“Dor Física”). Os domínios “Função Física” e “Desempenho Físico” obtiveram um Alfa de 0,924, o “Desempenho Emocional” obteve um Alfa de *Cronbach* de 0,894, o domínio “Vitalidade” obteve um Alfa de 0,789, “Função Social” um Alfa de 0,773 e o domínio de “Saúde Geral” um Alfa de 0,748. Todos os domínios apresentam um valor de Alfa de *Cronbach* aceitável, superior a 0,700, à exceção do domínio “Saúde Mental” (0,454). O valor de Alfa de *Cronbach* obtido para o domínio “Saúde Mental” ficou aquém do referido no estudo de validação do instrumento (Ferreira, 2000b), onde o Alfa obtido foi de 0,645. No entanto, se for retirado um dos itens, nomeadamente o item 9d, o Alfa de *Cronbach* apresentado passa a ser de 0,824, estando acima do valor mínimo aceitável.

### 3.2. Identificar as Estratégias de *Coping* (QMLA) utilizadas pelos Cuidadores Formais em situações de *Stress*

O processo de identificação de estratégias de *coping* foi realizado com o auxílio do Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA). Na tabela 4 encontram-se descritas as pontuações absolutas e relativas obtidas na análise do QMLA.

Tabela 4

#### *Análise Descritiva das Estratégias do QMLA*

Estratégias	Pontuações	M	DP	Amplitude	
				Mín	Máx
Resolução Planeada de Problemas (6 itens)	Absoluta	9,70	4,09	3,00	16,00
	Relativa	1,63	0,62	1,00	3,00
Confronto (6 itens)	Absoluta	7,83	3,54	3,00	17,00
	Relativa	1,31	0,59	1,00	3,00
Procura de Suporte Social (6 itens)	Absoluta	10,13	3,88	2,00	17,00
	Relativa	1,69	0,65	,00	3,00
Aceitação da Responsabilidade (4 itens)	Absoluta	6,00	2,43	1,00	11,00
	Relativa	1,55	0,61	,00	3,00
Auto-controlo (7 itens)	Absoluta	10,60	4,10	2,00	19,00
	Relativa	1,52	0,57	,00	3,00
Fuga/Evitamento (7 itens)	Absoluta	7,25	4,56	,00	19,00
	Relativa	1,05	0,66	,00	3,00
Distanciamento (5 itens)	Absoluta	5,90	3,12	1,00	15,00
	Relativa	1,21	0,66	,00	3,00
Reavaliação Positiva (7 itens)	Absoluta	11,65	4,13	5,00	20,00
	Relativa	1,68	0,59	1,00	3,00
Coping Focado nas Emoções	Absoluta	8,85	3,36	2,75	18,25
	Relativa	1,37	0,52	0,42	0,40
Coping Focado nos Problemas	Absoluta	8,41	3,11	2,25	15,00
	Relativa	1,54	0,56	0,40	2,71

De acordo com os resultados obtidos em relação às pontuações relativas, verificamos que, as estratégias mais utilizadas perante situações de *stress* são as de “Procura de Suporte Social” (M=1,69; DP=0,65), seguida das estratégias de “Reavaliação



Positiva” (M=1,68; DP=0,59) e das estratégias de “Resolução Planeada de Problemas” (M=1,63; DP=0,62). Por outro lado, as estratégias menos utilizadas são as de “Fuga/Evitamento” (M=1,05; DP=,66), “Distanciamento” (M=1,21; DP=0,66) e “Confronto” (M=1,31; DP=0,59). À semelhança da frequência de utilização das estratégias, nomeadamente as estratégias de “Procura de Suporte Social” e de “Resolução Planeada de Problemas”, observa-se que os cuidadores formais tendem a utilizar mais estratégias focadas nos problemas (M=1,54; DP=0,56) do que estratégias focadas nas emoções (M=1,37; DP=0,52). Relativamente às pontuações absolutas obtidas, podemos observar que, na situação pensada pelos cuidadores, a estratégia “Reavaliação Positiva” (M=11,65; DP=4,13) foi a mais utilizada seguida da estratégia de “Autocontrolo” (M=10,60; DP=4,10). Por outro lado, as estratégias menos utilizadas nessas situações foram a “Aceitação da Responsabilidade” (M=6,00; DP=2,43) e o “Distanciamento” (M=5,90; DP=3,12). Podemos verificar que, ao contrário do resultado obtido pela pontuação relativa em relação ao tipo de estratégias utilizadas, os cuidadores formais tenderam a utilizar mais estratégias focadas nas emoções (M=8,85; DP=3,36) do que estratégias focadas nos problemas (M=8,45; DP=3,11).

A fiabilidade do QMLA foi calculada com recurso ao Alfa de *Cronbach*, sendo este calculado para todas as estratégias. Os valores de Alfa de *Cronbach* variaram entre 0,520 (“Aceitação da Responsabilidade”) e 0,768 (“Fuga/Evitamento”). Alguns dos valores obtidos encontram-se aquém do limite considerado aceitável (0,700), sendo semelhante ao estudo de Pais-Ribeiro e Santos (2001). As estratégias “Resolução Planeada de Problemas” (0,763), “Autocontrolo” (0,710) e “Reavaliação Positiva” (0,701) obtiveram um valor de Alfa de *Cronbach* considerado aceitável. Por outro lado, as estratégias “Procura de Suporte Social” (0,693), “Confronto” (0,657), “Distanciamento” (0,596) e “Aceitação da Responsabilidade” (0,520) obtiveram valores de Alfa de *Cronbach* inferiores a 0,700. No entanto, as estratégias “Procura de Suporte Social” e “Distanciamento” poderiam obter um valor de Alfa de *Cronbach* mais elevado, superior a 0,700, caso fosse retirado um dos itens que as constituem.

### **3.3. Avaliar os níveis de *Burnout* e de Sobrecarga percecionados pelos**

#### **Cuidadores Formais**

##### **3.3.1. Avaliar o *Burnout* (IBC)**

O nível de *burnout* percecionado foi avaliado com recurso ao Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC), nomeadamente na aplicação das dimensões “*burnout* pessoal”, “*burnout* relacionado com o trabalho” e “*burnout* relacionado com o utente”. Os resultados obtidos através da análise descritiva das dimensões do IBC encontram-se na Tabela 5.

De acordo com os resultados obtidos, podemos observar que a dimensão “*burnout* pessoal” apresenta uma média de 41,25 (DP=24,25), por sua vez a dimensão “*burnout* relacionada com o trabalho” uma média de 44,02 (DP=19,13), e por último, a média apresentada pela dimensão “*burnout* relacionado com o utente” foi de 29,06 (DP=24,937). Ao analisar os resultados de forma geral, podemos ver que as médias obtidas foram todas inferiores a cinquenta, levando a que se possa sugerir que, em média, os participantes não manifestaram *burnout* em nenhuma das dimensões avaliadas. No entanto, olhando de forma mais pormenorizada para a tabela 5, podemos observar que houve 12 participantes (27,5%) que manifestaram percecionar exaustão física e psicológica no seu geral (“*burnout* pessoal”), 16 participantes (35%) que manifestaram percecionar exaustão física e psicológica relacionada com o seu trabalho (“*burnout* relacionado com o trabalho”) e 10 participantes (15%) manifestaram experienciar *burnout* quando o trabalho exige que lidem com os utentes (“*burnout* relacionado com o utente”). De acordo com Borritz e Kristensen (2004), pode-se considerar o valor cinquenta como ponto de corte, sendo que valores iguais ou superiores indicam níveis mais elevados de *burnout*. O ponto de corte é válido para qualquer uma das dimensões analisadas.

Tabela 5

*Análise Descritiva das Escalas do IBC*

	M	Mediana	DP	Amplitude		<i>B</i> >50 <sup>a</sup>
				Mín	Máx	
<i>Burnout</i> Pessoal (6 itens)	41,25	39,58	24,53	0	100	12 (27,5%)
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho (7 itens)	44,02	44,64	19,13	14	93	16 (35%)
<i>Burnout</i> relacionado com o utente (6 itens)	29,06	25,00	24,94	0	100	10 (15%)

<sup>a</sup> Número de Cuidadores Formais com níveis de *Burnout* superiores a 50 (ponto de corte)

A fiabilidade do IBC foi averiguada com recurso ao Alfa de *Cronbach*, tendo sido obtidos valores aceitáveis (superiores a 0,700). O Alfa de *Cronbach* obtido para a escala total foi de 0,946 e para a escala “*Burnout* Pessoal” foi de 0,944. A escala “*Burnout* relacionado com o Utente”, por sua vez, teve um valor de Alfa de 0,900. A escala “*Burnout* relacionado com o Trabalho” obteve o valor mais baixo de Alfa de *Cronbach*, 0,738. Neste última escala seria possível obter um Alfa mais elevado (0,908) caso se eliminasse um dos itens.

### 3.3.2. Avaliar a Sobrecarga (ESC)

O nível de Sobrecarga nos cuidadores formais foi avaliado recorrendo à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), após ter sido devidamente modificado para poder ser aplicada ao cuidador formal. Na Tabela 6 é apresentada a análise descritiva realizada aos fatores “Impacto da Prestação de Cuidados”, “Relação Interpessoal”, “Expectativas face ao Cuidar”, “Perceção de Autoeficácia”, e “Escala Geral”.

Tabela 6

*Análise Descritiva dos Fatores do ESC*

Fator	M	Mediana	DP	Amplitude	
				Mín	Máx
Impacto da Prestação de cuidados (11 itens)	2,09	2,09	0,83	1,00	5,00
Relação Interpessoal (5 itens)	1,56	1,40	0,76	0,80	5,00
Expetativas Face ao Cuidar (4 itens)	2,79	3,00	1,06	1,00	5,00
Perceção de Autoeficácia (2 itens)	2,55	2,25	1,18	1,00	5,00
Escala Geral (22 itens)	46,98 <sup>a</sup>	46,00	17,17	22	110

<sup>a</sup> Média do valor total do ESC

A “Escala Geral” reflete o valor total da sobrecarga, sendo que quanto mais elevado o valor maior o nível de sobrecarga percecionada pelo cuidador. Mais concretamente, valores inferiores a 46 indicam ausência de perceção de sobrecarga, valores entre 46 e 56 indicam perceção de sobrecarga ligeira, e valores superiores a 56 indicam perceção de sobrecarga intensa (Sequeira, 2010). De acordo com os resultados obtidos, 20 (50%) cuidadores formais reportaram não percecionar sobrecarga, enquanto 11 (27,5%) reportaram percecionar sobrecarga na sua forma ligeira. Identificaram-se 9 (22,5%) cuidadores formais como percecionando sobrecarga na sua forma mais severa. Relativamente aos resultados dos fatores, verifica-se que o fator “Expectativas face ao Cuidar” apresenta uma média mais elevada ( $M=2,79$ ;  $DP=1,06$ ), seguido da “Perceção de Autoeficácia” com uma média de 2,55 ( $DP=2,25$ ). O fator “Relação Interpessoal” obteve o valor de média mais baixo ( $M=1,56$ ;  $DP=1,40$ ), seguido do fator de “Impacto da Prestação de Cuidados” ( $M=2,09$ ;  $DP=0,83$ ).

A fiabilidade do ESC foi obtida com recurso ao Alfa de *Cronbach*, sendo todos os valores obtidos superiores a 0,700. A Escala Geral obteve um Alfa de 0,940, já o fator “Perceção de Autoeficácia” obteve um Alfa de 0,921, seguido do fator “Impacto da Prestação de Cuidadores” com um Alfa de *Cronbach* de 0,907. Os fatores “Relação Pessoal” e “Expetativas face ao cuidar” obtiveram Alfas de *Cronbach* mais baixos mas ainda aceitáveis, respetivamente 0,848 e 0,736.

### 3.4. Avaliar os Sintomas Psicopatológicos (BSI) experienciados pelos Cuidadores Formais

Os sintomas psicopatológicos dos cuidadores formais foram analisados com recurso ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). A tabela 7 apresenta a síntese de resultados obtidos tanto para cada uma das dimensões, bem como para os três índices globais. Procedeu-se à exclusão de dois participantes, nesta análise, pois não preenchiam os requisitos relativos aos dados omissos, tendo mais do que um item por preencher por dimensão. De ressaltar ainda que de acordo com as normas, existem 11 cuidadores formais que são potenciais casos clínicos, sendo que três deles apresentam resultados mais severos, requerendo um maior acompanhamento no futuro.

Tabela 7

#### *Análise Descritiva das Dimensões do BSI*

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Amplitude	
				Mínimo	Máximo
Ansiedade (6 itens)	0,522	-	0,660	0,00	3,50
Somatização (7 itens)	0,417	-	0,643	0,00	3,29
Obsessão-Compulsão (6 itens)	0,671	-	0,762	0,00	3,50
Sensibilidade Interpessoal (4 itens)	0,480	-	0,729	0,00	3,75
Depressão (6 itens)	0,478	-	0,718	0,00	3,00
Hostilidade (5 itens)	0,553	-	0,885	0	4,00
Ansiedade Fóbica (5 itens)	0,279	-	0,657	0,00	3,00
Ideação Paranóide (5 itens)	0,721	-	0,863	0,00	4,00
Psicoticismo (5 itens)	0,278	-	0,625	0,00	3,60
Índice Geral de Sintomas (IGS)	0,453	-	0,602	0,00	3,26
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	1,320	-	0,795	0,00	3,60
Total de Sintomas Positivos (TSP)	14,45	14,00	13,11	0	52

De acordo com os resultados, podemos observar que a média de intensidade experienciada (ISP) é de 1,320 (DP=0,795), o que significa que a maioria dos indivíduos da amostra assinalou mais vezes as opções “Poucas vezes” (1) e “Algumas” (2). No índice “Total de Sintomas Positivos” (TSP) a mediana de sintomas assinalada é de 14, com uma média de 14,45 (DP=13,11), o que significa que os cuidadores tendem a assinalar cerca de 14 queixas somáticas aquando do preenchimento do BSI.

Ao realizar uma análise dimensional, podemos observar que as dimensões mais elevadas são, respetivamente, “Ideação Paranoide” (M= 0,721; DP=0,863), “Obsessão-Compulsão” (M=0,671; DP=0,762) e “Hostilidade” (M=0,553; DP=0,885). Por outro lado, as duas dimensões que registaram os níveis mais baixos foram “Psicoticismo” (M=0,278; DP=0,625) e “Ansiedade Fóbica” (M=0,279; DP=0,657).

A fiabilidade do BSI foi calculada com recurso ao Alfa de *Cronbach*, estando todos os valores dentro do limite aceitável (superior a 0,700). Para a Escala Total o Alfa obtido foi de 0,953. Para as dimensões, o valor de Alfa mais elevado pertence à dimensão “Hostilidade” (0,907), seguido da dimensão “Psicoticismo” (0,900), e da dimensão “Depressão” (0,885). Os valores de Alfa mais baixos pertencem à dimensão “Ansiedade Fóbica” (0,774), seguida da “Sensibilidade Interpessoal” (0,814) e da “Somatização” (0,852). A dimensão “Ansiedade” obteve uma Alfa de *Cronbach* de 0,870 e por último a dimensão “Ideação Paranoide” obteve um Alfa de 0,857.

### **3.5. Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as Variáveis Sociodemográficas “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição”**

#### **3.5.1. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)**

Na tabela 8 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação não paramétrica entre os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36), tendo sido encontradas várias relações estatisticamente significativas entre as variáveis em análise. As relações, estatisticamente significativas, caracterizam-se por serem, na sua maioria, positivas e com uma magnitude moderada e forte. No entanto, observaram-se relações estatisticamente significativas negativas de magnitude moderada e forte, entre a dimensão “Mudança de

Saúde” da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e o “Domínio Geral”, “Domínio Físico” e “Domínio Psicológico”.

Os resultados mostram que as variáveis em estudo apresentam a mesma tendência, ou seja, quando a Qualidade de Vida é percebida como melhor, tendencialmente a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde também irá ser percebida como melhor. No entanto, existe uma exceção, a dimensão “Mudança de Saúde” apresenta apenas relações negativas, sugerindo que uma elevada Qualidade de Vida está associada a uma menor diferença percebida entre o estado de saúde atual e o estado de saúde anterior.

Tabela 8

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o SF-36*

Dimensões SF-36	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
Saúde Geral	0,311	<b>0,347*</b>	<b>0,374*</b>	<b>0,487**</b>	0,225
Saúde Mental	<b>0,579**</b>	<b>0,577**</b>	<b>0,569**</b>	<b>0,447**</b>	<b>0,528**</b>
Dor Corporal	<b>0,404**</b>	<b>0,535**</b>	<b>0,464**</b>	<b>0,351*</b>	<b>0,440**</b>
Mudança de Saúde	<b>- 0,609**</b>	<b>- 0,482**</b>	<b>- 0,459**</b>	- 0,318	- 0,321
Função Social	<b>0,342*</b>	<b>0,534**</b>	<b>0,506**</b>	<b>0,329*</b>	<b>0,407**</b>
Desempenho Emocional	<b>0,338*</b>	<b>0,507**</b>	0,292	0,236	<b>0,580**</b>
Função Física	<b>0,515**</b>	<b>0,508**</b>	0,304	<b>0,336*</b>	<b>0,503**</b>
Desempenho Físico	0,296	<b>0,648**</b>	<b>0,537**</b>	0,177	<b>0,501**</b>
Vitalidade	<b>0,445**</b>	<b>0,576**</b>	<b>0,419**</b>	<b>0,313*</b>	<b>0,387*</b>

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

### 3.5.2. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e as Estratégias de *Coping* (QMLA)

Foram realizadas correlações não paramétricas com o objetivo de analisar a relação entre os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e as Estratégias de *Coping* (QMLA), não tendo sido encontradas quaisquer relações estatisticamente significativas.

### **3.5.3. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as Estratégias de *Coping* (QMLA)**

Na tabela 9 encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas e não paramétricas, consoante a normalidade da distribuição, entre as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as Estratégias de *Coping* (QMLA). As relações estatisticamente significativas existentes caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada e forte. Os resultados sugerem que há uma diminuição da utilização de algumas estratégias de *coping* quando há uma melhoria de algumas das dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde.

De ressaltar ainda que o *Coping* focado nas Emoções apresenta apenas uma relação estatisticamente significativa negativa de magnitude moderada com a dimensão “Desempenho Emocional” ( $\rho = -0,425$ ;  $p < 0,01$ ). O *coping* focado nos problemas apresenta relações estatisticamente significativas negativas de magnitude moderada ou forte com as dimensões “Desempenho Emocional” ( $\rho = -0,509$ ;  $p < 0,01$ ) e “Desempenho Físico” ( $\rho = -0,432$ ;  $p < 0,01$ ). Estes resultados sugerem que quando existe um aumento da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percebida nestas dimensões, as pessoas tendem a utilizar menos estratégias de *coping* focadas nas emoções e nos problemas respetivamente.



Tabela 9

*Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o SF-36 e o QMLA*

Estratégias de <i>Coping</i> do QMLA	Dimensões do SF-36								
	Saúde Geral	Saúde Mental	Dor Corporal	Mudança Saúde	Função Social	Desempenho Emocional	Função Física	Desempenho Físico	Vitalidade
Confronto	<b>- 0,331*</b>	- 0,217	- 0,250	0,193	- 0,277	<b>- 0,409**</b>	- 0,245	<b>- 0,407**</b>	- 0,197
Distanciamento	- 0,159	- 0,093	0,008	- 0,075	- 0,194	- 0,235	- 0,067	- 0,146	0,021
Autocontrolo	- 0,030	- 0,071	- 0,124	0,051	- 0,041	<b>- 0,408**</b>	- 0,123	- 0,279	- 0,124
Procura de Suporte Social	- 0,238	- 0,199	- 0,202	0,119	- 0,106	<b>- 0,500**</b>	- 0,208	<b>- 0,407**</b>	- 0,170
Aceitar a Responsabilidade	- 0,175	- 0,230	- 0,210	0,103	- 0,273	<b>- 0,460**</b>	<b>- 0,346*</b>	<b>- 0,416**</b>	- 0,124
Fuga/Evitamento	- 0,163	- 0,187	- 0,034	0,046	0,056	- 0,282	- 0,272	- 0,212	- 0,130
Resolução Planeada de Problemas	- 0,031	- 0,038	- 0,168	0,082	- 0,134	<b>- 0,497**</b>	- 0,124	<b>- 0,356*</b>	- 0,038
Reavaliação Positiva	- 0,030	0,081	- 0,138	- 0,192	- 0,024	<b>- 0,398*</b>	- 0,108	- 0,273	- 0,017
<i>Coping</i> focado nas Emoções	- 0,145	- 0,068	- 0,114	- 0,024	- 0,098	<b>- 0,425**</b>	- 0,143	- 0,280	- 0,083
<i>Coping</i> focado nos Problemas	- 0,212	- 0,162	- 0,231	0,137	- 0,219	<b>- 0,509**</b>	- 0,233	<b>- 0,432**</b>	- 0,145

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos e em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

### 3.5.4. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e o *Burnout* (IBC)

Na tabela 10 encontra-se descrita a análise correlacional não paramétrica realizada entre os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e as escalas de *burnout* (IBC), tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre ambas as variáveis. As relações significativas encontradas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada e forte, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida percecionada menor é a experiência de *burnout*.

Tabela 10

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o IBC*

Escalas do IBC	Domínios do WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
<i>Burnout</i> Pessoal	- 0,271	<b>- 0,506**</b>	<b>- 0,330*</b>	- 0,214	<b>- 0,605**</b>
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	- 0,266	<b>- 0,477**</b>	- 0,266	- 0,182	<b>- 0,520**</b>
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	- 0,192	<b>- 0,423**</b>	<b>-0,330*</b>	- 0,192	<b>- 0,452**</b>

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

De acordo com a tabela 10, podemos observar que apenas o “Domínio Físico” e o “Domínio Ambiental” apresentam relações estatisticamente significativas, negativas e de magnitude moderada e forte com todas as escalas que compõem o IBC. Os resultados sugerem que uma elevada Qualidade de Vida percecionada, sobretudo no “Domínio Físico”, no “Domínio Psicológico” e no “Domínio Ambiental” está associada a níveis mais baixos de *Burnout*.

### **3.5.5. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e o *Burnout* (IBC)**

Na tabela 11 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação paramétrica e não paramétrica, de acordo com a normalidade da distribuição, entre as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as escalas de *Burnout* (IBC). As relações estatisticamente significativas encontradas foram maioritariamente negativas, e de magnitude moderada ou forte. A dimensão “Mudança de Saúde” do SF-36 é a única que apresenta relações estatisticamente significativas positivas de magnitude moderada, nomeadamente com as escalas “*Burnout* relacionado com o Trabalho” ( $\rho=0,494$ ;  $p<0,01$ ) e “*Burnout* relacionado com o Utente” ( $\rho=0,506$ ;  $p<0,01$ ) do IBC. Os resultados sugerem que existe uma tendência para quanto mais elevada for a qualidade de vida relacionada com a saúde percecionada menor é a experiência *burnout*. No entanto, relativamente à dimensão “Mudança de Saúde” a tendência deixa de ser inversa, assim, quanto maior a experiência de *burnout* maior a diferença entre o estado de saúde atual e o estado de saúde anterior percecionado.

Tabela 11

*Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a SF-36 e o IBC*

Escalas do IBC	Dimensões SF-36								
	Saúde Geral	Saúde Mental	Dor Corporal	Mudança Saúde	Função Social	Desempenho Emocional	Função Física	Desempenho Físico	Vitalidade
<i>Burnout</i> Pessoal	- 0,288	- <b>0,445**</b>	- <b>0,591**</b>	0,397*	- 0,472**	- <b>0,563**</b>	- <b>0,528**</b>	- <b>0,569**</b>	- <b>0,520**</b>
<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	- 0,221	- <b>0,376*</b>	- <b>0,466**</b>	<b>0,494**</b>	- <b>0,404**</b>	- <b>0,631**</b>	- <b>0,488**</b>	- <b>0,605**</b>	- <b>0,510**</b>
<i>Burnout</i> relacionado com o Utente	- 0,210	- 0,309	- <b>0,390*</b>	<b>0,476**</b>	- <b>0,464**</b>	- <b>0,524**</b>	- 0,309	- <b>0,520**</b>	- <b>0,385*</b>

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos e em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

### 3.5.6. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Na tabela 12 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação não paramétrica entre os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e as escalas de Sintomatologia Psicopatológica (BSI). As relações estatisticamente significativas observadas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada e forte. Os resultados sugerem que existe a tendência de quanto maior a qualidade de vida percebida, sobretudo no “Domínio Físico” e no “Domínio Ambiental”, menor a experiência de sintomatologia psicopatológica.

Tabela 12

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o BSI*

Dimensões do BSI	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
Ansiedade	- 0,214	- <b>0,549**</b>	- <b>0,404*</b>	- <b>0,382*</b>	- <b>0,399*</b>
Ansiedade Fóbica	- 0,238	- <b>0,444**</b>	- <b>0,341*</b>	- 0,282	- <b>0,340*</b>
Depressão	- <b>0,348*</b>	- <b>0,562**</b>	- <b>0,412*</b>	- <b>0,359*</b>	- <b>0,399*</b>
Hostilidade	- 0,085	- <b>0,472**</b>	- 0,224	- <b>0,323*</b>	- 0,305
Ideação Paranóide	- 0,035	- <b>0,342*</b>	- 0,094	- 0,223	- 0,302
Psicoticismo	- 0,198	- <b>0,501**</b>	- <b>0,452**</b>	- 0,219	- <b>0,468**</b>
Obsessões-Compulsões	- 0,061	- <b>0,435**</b>	- 0,238	- 0,286	- <b>0,419**</b>
Sensibilidade Interpessoal	0,001	- <b>0,384*</b>	- 0,174	- 0,162	- 0,283
Somatização	- 0,263	- <b>0,479**</b>	- <b>0,322*</b>	- 0,286	- <b>0,472**</b>
IGS	- 0,183	- <b>0,543**</b>	- 0,312	- 0,302	- <b>0,453**</b>
ISP	- 0,283	- <b>0,493**</b>	- 0,273	- 0,176	- <b>0,496**</b>
TSP	- 0,164	- <b>0,539**</b>	- 0,278	- 0,302	- <b>0,437**</b>

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que “Domínio Físico” é o único que apresenta relações estatisticamente significativas com todos os sintomas psicopatológicos, sugerindo que as capacidades físicas estão associadas ao

desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Ao contrário, o “Domínio Geral” apenas apresenta uma relação estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva. A dimensão “Depressão”, por sua vez, apresenta relações estatisticamente significativas com todos os domínios da Qualidade de Vida, sugerindo que uma elevada Qualidade de Vida percebida está associada a uma menor experiência de sintomas depressivos.

### **3.5.7. Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

Na tabela 13 apresentam-se os resultados obtidos através da análise correlacional não paramétrica entre as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as escalas de Sintomatologia Psicopatológica (BSI). A maioria das relações estatisticamente significativas observadas caracterizam-se por serem negativas. No entanto, a dimensão “Mudança de Saúde” apresenta uma relação estatisticamente significativa positiva de magnitude moderada com a escala “Depressão” do BSI, sugerindo que quando há um aumento de sintomatologia depressiva percebida há também uma maior percepção da diferença entre o estado de saúde atual e anterior. As outras relações estatisticamente significativas sugerem que um aumento dos Sintomas Psicopatológicos está associado a uma diminuição da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percebida.

De acordo com os resultados, observou-se que as dimensões “Função Social”, “Desempenho Emocional”, “Função Física” e “Desempenho Físico” apresentam relações estatisticamente significativas com todas as dimensões de Sintomatologia Psicopatológica. Por sua vez, apenas dimensão “Depressão” apresenta relações estatisticamente significativas com todas as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

Tabela 13

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre o SF-36 e o BSI*

Dimensões do BSI	Dimensões do SF-36								
	Saúde Geral	Saúde Mental	Dor Corporal	Mudança Saúde	Função Social	Desempenho Emocional	Função Física	Desempenho Físico	Vitalidade
Ansiedade	- <b>0,405*</b>	- <b>0,355*</b>	- <b>0,721**</b>	0,277	- <b>0,665**</b>	- <b>0,488**</b>	- <b>0,639**</b>	- <b>0,607**</b>	- <b>0,447**</b>
Ansiedade Fóbica	- <b>0,367*</b>	- <b>0,344*</b>	- <b>0,424**</b>	0,322	- <b>0,323*</b>	- <b>0,347*</b>	- <b>0,531**</b>	- <b>0,440**</b>	- 0,273
Depressão	- <b>0,408*</b>	- <b>0,435**</b>	- <b>0,587**</b>	<b>0,453**</b>	- <b>0,590**</b>	- <b>0,477**</b>	- <b>0,673**</b>	- <b>0,534**</b>	- <b>0,434**</b>
Hostilidade	- 0,257	- 0,238	- <b>0,440**</b>	0,169	- <b>0,421**</b>	- <b>0,376*</b>	- <b>0,459**</b>	- <b>0,532**</b>	- <b>0,335*</b>
Ideação Paranóide	- <b>0,361*</b>	- <b>0,338*</b>	- <b>0,547**</b>	0,150	- <b>0,532**</b>	- <b>0,481**</b>	- <b>0,465**</b>	- <b>0,560**</b>	- <b>0,415**</b>
Psicoticismo	- 0,266	- <b>0,434**</b>	- <b>0,487**</b>	0,196	- <b>0,655**</b>	- <b>0,675**</b>	- <b>0,461**</b>	- <b>0,723**</b>	- 0,246
Obsessões-Compulsões	- 0,164	- 0,239	- 0,280	0,204	- <b>0,354*</b>	- <b>0,514**</b>	- <b>0,462**</b>	- <b>0,563**</b>	- <b>0,400*</b>
Sensibilidade Interpessoal	- 0,193	- 0,190	- <b>0,435**</b>	0,072	- <b>0,509**</b>	- <b>0,450**</b>	- <b>0,367*</b>	- <b>0,546**</b>	- <b>0,325*</b>
Somatização	- <b>0,370*</b>	- <b>0,362*</b>	- <b>0,516**</b>	0,259	- <b>0,430**</b>	- <b>0,583**</b>	- <b>0,640**</b>	- <b>0,667**</b>	- <b>0,360*</b>
IGS	- <b>0,331*</b>	- <b>0,344*</b>	- <b>0,571**</b>	0,230	- <b>0,545**</b>	- <b>0,580**</b>	- <b>0,645**</b>	- <b>0,710**</b>	- <b>0,408*</b>
ISP	- <b>0,322*</b>	- 0,263	- <b>0,550**</b>	0,289	- <b>0,453**</b>	- <b>0,632**</b>	- <b>0,675**</b>	- <b>0,694**</b>	- 0,253
TSP	- <b>0,325*</b>	- <b>0,385*</b>	- <b>0,565**</b>	0,231	- <b>0,562**</b>	- <b>0,544**</b>	- <b>0,615**</b>	- <b>0,673**</b>	- <b>0,441**</b>

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p&lt;0,01, 2 extremidades;

\*p&lt;0,05, 2 extremidades

### 3.5.8. Analisar a Relação entre as Estratégias de *Coping* (QMLA) e o *Burnout* (IBC)

Na tabela 14 encontram-se os resultados obtidos através das correlações paramétricas e não paramétricas realizadas entre as escalas de *burnout* (IBC) e as estratégias de *coping* (QMLA), consoante a distribuição se caracterizava por ser normal ou não. Pode observar-se que as relações estatisticamente significativas existentes se caracterizam por serem positivas e de magnitude moderada.

Tabela 14

*Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o QMLA e o IBC*

Estratégias de <i>Coping</i> do QMLA	Escalas do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o Utente
Confronto	<b>0,419**</b>	<b>0,351*</b>	0,222
Distanciamento	0,128	0,113	- 0,043
Autocontrolo	<b>0,409**</b>	<b>0,392*</b>	0,237
Procura de Suporte Social	<b>0,352*</b>	<b>0,390*</b>	<b>0,338*</b>
Aceitar a responsabilidade	<b>0,444**</b>	<b>0,418**</b>	0,259
Fuga/Evitamento	0,245	0,184	- 0,265
Resolução Planeada de Problemas	<b>0,416**</b>	<b>0,407**</b>	<b>0,419**</b>
Reavaliação Positiva	0,279	0,266	0,111
<i>Coping</i> focado nas Emoções	<b>0,353*</b>	0,287	0,028
<i>Coping</i> focado nos Problemas	<b>0,455**</b>	<b>0,439**</b>	<b>0,359*</b>

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos e em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

Os resultados significativos observados sugerem que a pessoa tende a usar determinadas estratégias quanto maior a experiência que tiver de *burnout*. Os resultados sugerem, ainda, que o aumento da experiência de *burnout* está associado ao aumento do uso de estratégias de *coping* focadas nos problemas em situações transversais da vida da pessoa, estando o uso de estratégias de *coping* focadas na emoção reservada para determinadas situações, nomeadamente situações relacionadas com a vida pessoal.



As categorias de estratégias de *coping* “Procura de Suporte Social” e “Resolução Planeada de Problemas”, são as únicas que apresentam relações estatisticamente significativas com todas as escalas de *Burnout*. As estratégias de “*Coping* focadas nos Problemas” apresentam, à semelhança das estratégias anteriores, relações estatisticamente significativas com todas as escalas de *Burnout*, enquanto que as estratégias de “*Coping* focadas nas Emoções” apenas apresentam uma relação estatisticamente significativa com a escala “*Burnout* Pessoal”.

### **3.5.9. Analisar a Relação entre as Estratégias de *Coping* (QMLA) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

Na tabela 15 encontram-se descritos os resultados obtidos através da análise correlacional não paramétrica entre as estratégias de *coping* (QMLA) e os sintomas psicopatológicos (BSI). As relações estatisticamente significativas existentes caracterizam-se por serem positivas e de magnitude moderada ou forte. Os resultados sugerem que existem sintomas psicopatológicos que estão associados a um aumento do uso de determinadas estratégias de *coping*, nomeadamente de estratégias *coping* focadas nos problemas, e vice-versa, como se pode observar pelos índices do BSI.

De acordo com os resultados obtidos, observou-se que apenas as dimensões “Depressão”, “Ideação Paranóide”, “Psicoticismo” e “Sensibilidade Interpessoal” apresentam relações estatisticamente significativas com algumas Estratégias de *Coping*. Por outro lado, observou-se que as estratégias de “*Coping* focadas nas Emoções” não apresentam relações estatisticamente significativas com dimensões sintomatológicas. As estratégias de “*Coping* focadas nos Problemas” apresentaram relações estatisticamente significativas com as quatro dimensões sintomatológicas acima retratadas.

Tabela 15

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre o QMLA e o BSI*

Estratégias de <i>Coping</i> do QMLA	Dimensões do BSI											
	Ansiedade	Ansiedade Fóbica	Depressão	Hostilidade	Ideação Paranóide	Psicoticismo	Obsessões- Compulsões	Sensibilidade Interpessoal	Somatização	IGS	ISP	TSP
Confronto	0,139	- 0,030	<b>0,337*</b>	0,005	<b>0,385*</b>	0,243	0,095	0,220	0,251	0,222	0,268	0,263
Distanciamento	- 0,082	- 0,119	0,093	- 0,072	0,216	0,016	- 0,027	0,060	- 0,023	0,006	0,020	0,039
Autocontrolo	0,135	- 0,246	0,164	0,152	<b>0,432**</b>	0,191	0,230	0,320	0,160	0,216	0,170	0,258
Procura de Suporte Social	0,243	- 0,036	<b>0,338*</b>	0,136	<b>0,573**</b>	0,245	0,296	0,291	0,312	<b>0,325*</b>	0,262	<b>0,381*</b>
Aceitar a responsabilidade	0,303	0,021	<b>0,499**</b>	0,159	<b>0,514**</b>	<b>0,426**</b>	0,300	<b>0,349*</b>	0,279	<b>0,384*</b>	<b>0,355*</b>	<b>0,414**</b>
Fuga/Evitamento	- 0,123	- 0,023	- 0,043	- 0,077	- 0,016	- 0,044	- 0,016	- 0,005	0,047	-0,016	0,146	- 0,057
Resolução Planeada de Problemas	0,198	- 0,008	0,302	0,085	<b>0,455**</b>	<b>0,327*</b>	0,174	0,286	0,280	0,270	0,245	<b>0,338*</b>
Reavaliação Positiva	0,100	- 0,219	0,077	0,029	<b>0,378*</b>	0,192	0,122	0,246	0,132	0,157	0,155	0,180
<i>Coping</i> focado nas Emoções	0,024	- 0,197	0,077	- 0,004	0,303	0,109	0,104	0,207	0,097	0,110	0,145	0,123
<i>Coping</i> focado nos Problemas	0,259	- 0,002	<b>0,413**</b>	0,116	<b>0,553**</b>	<b>0,324*</b>	0,265	<b>0,337*</b>	0,318	<b>0,346*</b>	<b>0,321*</b>	<b>0,400*</b>

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

### 3.5.10. Analisar a Relação entre o *Burnout* (IBC) e os Sintomas

#### Psicopatológicos (BSI)

Na tabela 16 apresentam-se os resultados obtidos através da análise correlacional não paramétrica entre as escalas de *burnout* (IBC) e as escalas de sintomatologia psicopatológica (BSI). As relações estatisticamente significativas observadas caracterizam-se por serem positivas e de magnitude moderada ou forte. Os resultados obtidos sugerem que quando as pessoas experienciam *burnout* tendem também a experienciar mais sintomas psicopatológicos (TSP), e com maior intensidade (IGS e ISP).

De acordo com os resultados observados apenas não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a dimensão “Ansiedade Fóbica” do BSI e as escalas “*Burnout* Pessoal” e “*Burnout* relacionado com o Trabalho”.

Tabela 16

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre o IBC e o BSI*

Dimensões do BSI	Dimensões do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o utente
Ansiedade	<b>0,517**</b>	<b>0,490**</b>	<b>0,524**</b>
Ansiedade Fóbica	0,275	0,267	<b>0,393*</b>
Depressão	<b>0,501**</b>	<b>0,524**</b>	<b>0,445**</b>
Hostilidade	<b>0,349*</b>	<b>0,379*</b>	<b>0,452**</b>
Ideação Paranóide	<b>0,589**</b>	<b>0,616**</b>	<b>0,501**</b>
Psicoticismo	<b>0,480**</b>	<b>0,444**</b>	<b>0,566**</b>
Obsessões-Compulsões	<b>0,510**</b>	<b>0,531**</b>	<b>0,578**</b>
Sensibilidade Interpessoal	<b>0,490**</b>	<b>0,485**</b>	<b>0,509**</b>
Somatização	<b>0,424**</b>	<b>0,412*</b>	<b>0,462**</b>
IGS	<b>0,556**</b>	<b>0,552**</b>	<b>0,517**</b>
ISP	<b>0,447**</b>	<b>0,384**</b>	<b>0,323*</b>
TSP	<b>0,557**</b>	<b>0,564**</b>	<b>0,551**</b>

*IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP – Total de Sintomas Positivos*

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

### 3.5.11. Analisar a Relação entre o *Burnout* (IBC) e a Sobrecarga (ESC)

Na tabela 17 apresentam-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas e não paramétricas, de acordo com a normalidade da distribuição, das escalas de *Burnout* (IBC) e os fatores de Sobrecarga (ESC). Observam-se relações estatisticamente significativas positivas de magnitude forte, havendo apenas duas relações de magnitude moderada. Os resultados sugerem que existe uma tendência para que quando a experiência de *burnout* aumenta, aumente também a experiência de sobrecarga. Todas as escalas de *Burnout* (IBC) se relacionam de forma estatisticamente significativa com os fatores de Sobrecarga (ESC).

Tabela 17

*Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o IBC e a ESC*

Fatores da ESC	Escalas do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o utente
Impacto da Prestação de Cuidados	<b>0,780**</b>	<b>0,812**</b>	<b>0,668**</b>
Relação Interpessoal	<b>0,381*</b>	<b>0,510**</b>	<b>0,543**</b>
Expetativas com o Cuidar	<b>0,701**</b>	<b>0,701**</b>	<b>0,464**</b>
Perceção de Autoeficácia	<b>0,607**</b>	<b>0,656**</b>	<b>0,606**</b>
Escala Geral	<b>0,761**</b>	<b>0,821**</b>	<b>0,686**</b>

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos e em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas

\*\*p<0,01, 2 extremidades

\*p<0,05, 2 extremidades

### 3.5.12. Analisar a Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

A tabela 18 apresenta os resultados obtidos através de correlações não paramétricas entre a variável demográfica “Carga Horária Semanal” e os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). A variável “Carga Horária Semanal” apresentou uma relação estatisticamente significativa negativa e de magnitude moderada com o

“Domínio Geral” da Qualidade de Vida. O resultado sugere a tendência de avaliar a qualidade de vida geral como menor quanto maior o número de horas de trabalho semanal que a pessoa realiza. A variável Sociodemográfica, “Anos de Serviço na Instituição” não apresentou quaisquer relações significativas com os domínios que constituem a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).

Tabela 18

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e o WHOQOL-Bref*

	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
Carga Horária Semanal	<b>-0,360*</b>	- 0,282	- 0,208	- 0,186	0,083

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\* $p < 0,05$ , 2 extremidades

### 3.5.13. Analisar a Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)

As variáveis Sociodemográficas, “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição”, não apresentaram quaisquer relações estatisticamente significativas com as dimensões que constituem a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36).

### 3.5.14. Analisar a Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e as Estratégias de Coping (QMLA)

A tabela 19 apresenta os resultados obtidos através de correlações não paramétricas, entre a variável sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e as Estratégias de Coping (QMLA). Verificou-se apenas uma relação estatisticamente significativa entre a variável sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e as estratégias de coping “Procura de Suporte Social”. Esta relação caracteriza-se por ser positiva e de magnitude moderada, sugerindo que as pessoas tendem a aumentar a utilização de estratégias de “Suporte Social” quando há um aumento da carga horária semanal. Não se

verificou relações estatisticamente significativas entre a variável sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” e as Estratégias de *Coping*.

Tabela 19

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e o QMLA*

Estratégias de <i>Coping</i> do QMLA	Carga Horária Semanal
Confronto	0,264
Distanciamento	0,073
Autocontrolo	0,136
Procura de Suporte Social	<b>0,363*</b>
Aceitar a Responsabilidade	0,261
Fuga/Evitamento	0,137
Resolução Planeada de Problemas	- 0,005
Reavaliação Positiva	0,264
<i>Coping</i> focado nas Emoções	0,243
<i>Coping</i> focado nos Problemas	0,202

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

\* $p < 0,05$ , 2 extremidades

### 3.5.15. Analisar a Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e o *Burnout* (IBC)

A tabela 20 apresenta os resultados obtidos através das correlações entre a variável “Anos de Serviço na Instituição” e as escalas de *Burnout* (IBC). De acordo com os resultados obtidos, observou-se apenas uma relação estatisticamente significativa entre a variável sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” e a escala “*Burnout* relacionado com o Utente”. Esta relação caracteriza-se por ser negativa e de magnitude moderada, sugerindo que quanto mais anos de serviço tem a pessoa menor a experiência de *burnout* relacionado com o utente. Não se observaram relações estatisticamente significativas entre a variável sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e as escalas de *Burnout* (IBC).

Tabela 20

*Análise Correlacional Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” e o IBC*

	Escala do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com o Trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com o Utente
Anos de Serviço na Instituição	- 0,168	- 0,270	<b>- 0,351*</b>

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos e em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas

\* $p < 0,05$ , 2 extremidades

### 3.5.16. Analisar a Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e a Sobrecarga (ESC)

A tabela 21 apresenta os resultados obtidos através de correlações paramétricas e não paramétricas, consoante a normalidade da distribuição, entre a Variável Sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” e os fatores de Sobrecarga (ESC). De acordo com os resultados obtidos, observa-se apenas uma relação estatisticamente significativa entre a variável “Anos de Serviço na Instituição” e o fator “Relação Interpessoal”. Esta relação caracteriza-se por ser negativa e de magnitude moderada, sugerindo que quantos mais anos de serviço tem a pessoa menos experiencia sobrecarga ao nível das relações pessoais. Não se observam relações estatisticamente significativas entre a variável sociodemográfica “Carga Horária Semanal” e os fatores de Sobrecarga (ESC).

Tabela 21

*Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre Variáveis Sociodemográficas e a ESC*

	Fatores da ESC				
	Impacto da Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expetativas com o cuidar	Perceção de Autoeficácia	Sobrecarga Total
Anos de Serviço na Instituição	- 0,193	<b>- 0,467**</b>	- 0,016	- 0,115	- 0,189

*Nota.* Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos e em itálico encontram-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas

\*\* $p < 0,01$ , 2 extremidades

### **3.5.17. Analisar a Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas, “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição”, e os Sintomas Psicopatológicos (BSI).

### **3.6. Analisar a existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos**

#### **3.6.1. “Trabalhar por Turnos” vs. “Não Trabalhar por Turnos”**

De acordo com os resultados obtidos, tanto do Teste T para amostras independentes como do Teste Mann-Whitney, de acordo com a distribuição da variável em análise, não se observaram resultados estatisticamente significativos. Assim, sugere-se que não existem diferenças entre o grupo que trabalha por turnos e o grupo que não trabalha por turnos relativamente às variáveis em estudo.

#### **3.6.2. “Ter Formação Superior” vs. “Não Ter Formação Superior”**

A análise de comparação de grupos, nomeadamente “Ter Formação Superior” e “Não Ter Formação Superior”, foi realizada com recurso ao teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, consoante se tratava de variáveis com distribuição normal ou não. De acordo com os resultados obtidos, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise, nomeadamente com a dimensão “Saúde Geral” da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores formais com formação superior apresentam valores mais elevados na dimensão “Saúde Geral” do que os cuidadores que não têm formação superior, como se pode observar na tabela 22. Não se observou mais nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em análise e as variáveis em estudo.



Tabela 22

*Resultados Significativos Obtidos por Comparação Entre os Grupos “Ter Formação Superior” e “Não Ter Formação Superior”*

	Média	Média		Sig
N= 40	“Ter Formação Superior”	“Não Ter Formação Superior”	DF	(2 extremidades)
“Saúde Geral”				
(Dimensão do SF-36)	17,94	16,09	38	0,030

*Nota.* De acordo com o Teste de Levene foi assumida a homogeneidade de variâncias, pois o valor de significância foi superior a 0,05.

Na tabela encontra-se o único resultado significativo obtido, tendo sido utilizado o Teste T para amostras independentes, uma vez que a dimensão “Saúde Geral” apresentava distribuição normal

### **3.6.3. “Ter 8 ou Menos anos de Serviço na Instituição” vs. “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição”**

De acordo com os resultados obtidos, verificaram-se diferenças significativas entre o grupo “Ter 8 ou Menos Anos de Serviço na Instituição” e o grupo “Ter Mais de 8 anos de Serviço na Instituição” relativamente às escalas “*Burnout* relacionado com o Trabalho” e “*Burnout* relacionado com o cliente”, do IBC, e ainda com o fator “Relação Interpessoal” do ESC, como se pode observar na tabela 23. Os resultados foram obtidos com recurso ao Teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, de acordo com a distribuição das variáveis em análise. Os resultados obtidos sugerem que os cuidadores com menos anos de serviço tendem a experienciar níveis mais elevado de *Burnout* e de Sobrecarga, sobretudo em ambiente laboral e na interação com os utentes.

Tabela 23

*Resultados Significativos Obtidos por Comparação entre os Grupos “Ter 8 ou Menos anos de Serviço na Instituição” e “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição”*

N=34	Média “Ter 8 ou Menos Anos de Serviço na Instituição”	Média “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição”	DF	U	Sig (2 extremidades)
“Burnout Relacionado com o Trabalho” (IBC)	21,00	17,24	32	-	0,043*
“Burnout Relacionado com o Utente” (IBC)	21,41	13,59	-	78,00	0,022
“Relação Interpessoal” (ESC)	21,09	13,91	-	83,50	0,034

U – Resultado Mann-Whitney

*Nota.* De acordo com o teste de Levene considerou-se a homogeneidade de variâncias. Foi utilizado o Teste T para amostras independentes na comparação de grupos em relação à primeira variável “Burnout relacionado com o Trabalho”, devido à sua distribuição normal. As restantes comparações de grupos foram realizadas com recurso ao teste Mann-Whitney.

## 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A presente investigação teve como propósito caracterizar uma amostra de cuidadores formais, relativamente à Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percecionadas, nível de *Burnout*, nível de Sobrecarga, utilização de Estratégias de *Coping* quando em situações de *stress* e Sintomatologia Psicopatológica. Além da caracterização da amostra procedeu-se também à análise de possíveis relações entre as variáveis supracitadas, bem como em relação a algumas variáveis sociodemográficas. Foram ainda realizadas comparações de grupo, tendo como base o trabalho por turnos, a formação e os anos de serviço na instituição.

A discussão de resultados, aqui apresentada, está organizada de acordo com a ordem dos objetivos referidos no enquadramento teórico e a ordem de apresentação dos resultados descritos no capítulo anterior.

### 4.1. Análise da Qualidade de Vida (Objetivo 1)

O estudo da Qualidade de Vida é essencial para que se possa compreender todos os aspetos da vida das pessoas e encontrar estratégias que a melhore. Na avaliação da Qualidade de vida observou-se que os cuidadores formais, em média, percecionavam a sua qualidade de vida como relativamente boa. Os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados por Vaz Serra e colaboradores (2006) no grupo de controlo do estudo de validação para português do instrumento WHOQOL-Bref. O “Domínio Psicológico”, que avalia, por exemplo, a frequência de sentimentos negativos, a autoestima, a capacidade de concentração, a memória e a imagem que têm em relação à sua aparência física, obteve o resultado mais elevado, indicando que estes aspetos contribuem para a perceção de uma boa qualidade de vida. No entanto, o resultado obtido no “Domínio Ambiental”, apesar de indicar uma qualidade de vida relativamente boa, em média, foi o mais baixo. Spiller, Dyniewicz e Slomp (2008) verificaram, no seu estudo que o “Domínio Ambiental” era o mais baixo, apesar de percecionado como bom, sugerindo que este resultado pode ser explicado pelo facto das perguntas se debruçarem sobre os recursos económicos, a segurança física, as condições ambientais que rodeiam os cuidadores e o acesso aos cuidados de saúde.

#### **4.2. Análise da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (Objetivo 2)**

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, ou Estado de Saúde, caracteriza a percepção que a pessoa tem da sua qualidade de vida relativamente ao estado de saúde em que se encontra atualmente. Na análise da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, observou-se que os cuidadores formais tendem a percecionar uma boa qualidade de vida de acordo com o seu estado de saúde, sendo os resultados semelhantes aos encontrados por Ferreira, Ferreira e Noronha (2012) numa amostra da população portuguesa. Os resultados mais elevados sugerem que os cuidadores não percecionam limitações graves a nível físico e social, não precisando de ajuda para a realização de atividades diárias como vestir ou tomar banho. A dimensão “Vitalidade” e “Saúde Geral” obtiveram os resultados mais baixos, sugerindo que os cuidadores percecionam ter níveis de energia mais baixos, uma resistência mais baixa ao desenvolvimento de doenças, percecionando ainda a sua aparência como menos saudável. O resultado obtido na dimensão “Vitalidade” foi semelhante ao encontrado por Kheiraoui, Gualano, Boccia e La Torre (2012) numa amostra de trabalhadores dos cuidados de saúde. Estes autores consideraram que os baixos resultados nesta dimensão se podem dever a restrições horárias relativamente ao tempo de lazer e ao facto de as suas expectativas e esperanças não serem realizadas.

A dimensão “Mudança de Saúde” apresenta um carácter especial, pois pede à pessoa que avalie quantitativamente a diferença entre o seu estado de saúde atual e o seu estado de saúde há um ano atrás. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que, em média, os cuidadores avaliam o seu estado de saúde atual como aproximadamente igual ao do ano anterior.

#### **4.3. Identificação das Estratégias de *Coping* utilizadas pelos Cuidadores**

##### **Formais em situações de *stress* (Objetivo 3)**

Na análise das estratégias de *Coping* utilizadas pelos cuidadores formais em situações de *Stress*, verificou-se uma maior utilização de estratégias de *Coping* focadas nos Problemas. Assim sugere-se que os cuidadores formais perante situações percecionadas como *stressantes* tendem a desencadear esforços de gestão ou de alteração da situação, e não esforços de regulação das emoções sentidas, o que vai ao encontro da tendência apresentada por vários estudos (Guido, Linch, Pitthan & Umann, 2011; Lin, et al., 2010; Sequeira, 2010). A estratégia de *coping* mais utilizada descreve esforços de

procura de suporte emocional e informativo (Procura de Suporte Social), a segunda estratégia utilizada descreve esforços de criação de significados positivos (Reavaliação Positiva) e a terceira estratégia mais utilizada descreve esforços focados nos problemas, tendo uma abordagem analítica sobre a situação (Resolução Planeada de Problemas). A primeira e a terceira estratégias apresentadas podem ser consideradas como focadas nos problemas, no entanto a estratégia Reavaliação Positiva, é uma estratégia focada nas emoções.

O QMLA, além de questões de carácter quantitativo, contém ainda uma última questão de natureza qualitativa que consiste em pedir à pessoa que relate a situação em que pensou para responder ao questionário. As situações relatadas diziam, na sua maioria, respeito a situações laborais, como por exemplo o excesso de trabalho ou mesmo a morte de utentes. No entanto, pelo facto de a questão ter sido deixada em aberto não se consegue garantir o que as outras pessoas estavam a pensar quando responderam. Assim, a crítica realizada passa por, da próxima vez, instruir a pessoa a pensar numa situação laboral em específico, e não numa situação geral que tenha ocorrida há sensivelmente pouco tempo. Desta forma não se controlou se a pessoa pensava numa situação laboral ou numa situação pessoal, havendo pelo menos uma pessoa que pensou numa situação pessoal quando respondeu ao instrumento.

#### **4.4. Análise dos níveis de *Burnout* e de Sobrecarga percebidos pelos**

##### **Cuidadores Formais (Objetivo 3)**

##### **4.4.1. Análise do nível de *Burnout* percebido**

Os cuidadores formais analisados apresentam, em média, níveis baixos de experiência de *burnout*. As escalas mais elevadas foram o “*Burnout* relacionado com o Trabalho” e o “*Burnout* Pessoal”, assim, sugere-se que os cuidadores formais tendem a experienciar uma maior fadiga e exaustão física e psicológica em relação ao seu trabalho e à sua vida no geral. A escala mais baixa, foi a de “*Burnout* relacionado com o Utente”, sugerindo que os cuidadores informais tendem a experienciar menos fadiga e exaustão física e psicológica quando o seu trabalho é realizado através da interação com os utentes. Os resultados obtidos vão ao encontro dos observados por Fonte (2011), utilizando uma amostra de cuidadores formais. Apesar de resultados semelhantes, o estudo de Fonte (2011) apresenta resultados mais elevados de “*Burnout* relacionado com o Utente” do que o presente estudo. Apesar de os resultados, em média, serem considerados baixos, foram identificados vários participantes com sintomas de fadiga e exaustão física e

psicológica severa, nas várias áreas de *burnout*, o mesmo aconteceu no estudo de Fonte (2011). Os casos identificados serão analisados e as pessoas serão contactadas, tendo sempre em atenção a proteção do anonimato e da confidencialidade.

#### **4.4.2. Análise do nível de Sobrecarga percecionado**

A Sobrecarga está tradicionalmente associada aos cuidadores informais, tendo sido a construção frásica da Escala de Sobrecarga do Cuidador alterada para, desta forma, corresponder à realidade do cuidador formal. Os resultados obtidos sugerem a tendência para a perceção de sobrecarga ligeira nos cuidadores formais de acordo com o ponto de corte apresentado por Sequeira (2010). Os resultados obtidos são superiores aos apresentados por Costa e colaboradores (2013) tendo como base uma amostra de fisioterapeutas estagiários que visitavam os utentes ao domicílio. Outro estudo (Miyamoto et al., 2010), utilizou a Escala de Sobrecarga do Cuidador para avaliar a sobrecarga em cuidadores formais, no entanto, apenas avaliou os itens que refletiam o esforço pessoal do cuidador, ficando com um total de doze itens.

Em relação às escalas que caracterizam a sobrecarga, os resultados mais elevados foram observados na escala “Expectativas face ao cuidar”, seguida da escala “Perceção de Autoeficácia”. Os resultados sugerem que os cuidadores formais tendem a apresentar medos e receios tanto em relação à prestação de cuidados como em relação ao seu desempenho na prestação de cuidados.

Foram identificados vários cuidadores formais com elevados níveis de sobrecarga, menos do que aqueles que foram identificados com *burnout*. De acordo com Miyamoto e colaboradores (2010), a sobrecarga nos cuidadores formais está associada a dificuldades funcionais e a comportamentos agressivos e inapropriados por parte dos utentes, como por exemplo gritarias.

#### **4.5. Análise dos Sintomas Psicopatológicos experienciados pelos Cuidadores Formais (Objetivo 4)**

A análise dos Sintomas Psicopatológicos nos cuidadores formais é fundamental para garantir uma saúde mental equilibrada, bem como uma boa prestação de cuidados de saúde. De acordo com os resultados obtidos, observou-se que as escalas mais elevadas eram as dimensões “Ideação Paranóide”, “Obsessão-Compulsão” e “Hostilidade”. A dimensão “Ideação Paranóide” reflete pensamentos hostis e de suspeição, características egocêntricas, bem como o medo de perda de autonomia (Canavarro, et al., 1999, 2007).

O medo da perda de autonomia pode explicar a razão pela qual esta dimensão obteve o resultado mais elevado, uma vez que os cuidadores formais exercem funções numa instituição onde observam diariamente pessoas a perderem a sua capacidade de autonomia, tendo de passar de uma unidade funcional para a outra. A dimensão “Obsessão-Compulsão” reflete a realização de comportamentos persistentes indesejados, enquanto que a dimensão “Hostilidade” reflete pensamentos, emoções e comportamentos de carácter mais hostil e agressivo (Canavarro, et al., 1999, 2007). Os resultados obtidos neste estudo, relativamente às dimensões, foram mais baixos do que os apresentados por Canavarro e colaboradores (1999; 2007). Em relação aos resultados obtidos nas dimensões, também no estudo de Canavarro e colaboradores (1999, 2007), as dimensões “Obsessão-Compulsão” e “Ideação Paranóide” obtiveram os resultados mais elevados, sendo que neste a terceira dimensão mais elevada foi a “Ansiedade” e neste estudo foi a “Hostilidade”.

Em relação aos índices gerais, os resultados estão abaixo dos resultados obtidos por Canavarro e colaboradores (1999; 2007) na amostra de população geral, aquando do estudo de validação do BSI para a população portuguesa. Assim, os resultados sugerem que os cuidadores formais, em análise, não tendem a experienciar mal-estar, sendo o número médio de sintomas psicopatológicos reportados de catorze.

Apesar dos resultados relativamente baixos, foram identificados onze cuidadores formais como potenciais casos clínicos, sendo que três deles apresentaram resultados graves de psicopatologia. Os casos identificados serão analisados e as pessoas serão contactadas, tendo sempre em atenção a proteção do anonimato e da confidencialidade.

As investigações sobre cuidadores formais tendem a basear-se, na maioria das vezes, em duas sintomatologias psicopatológicas, a depressão e a ansiedade. De acordo com os resultados obtidos, seria interessante, investigações futuras focarem-se noutros sintomas psicopatológicos. No entanto, ainda existe um estigma elevado sobre a doença mental explicando assim o foco dos estudos atuais no *burnout* e não, por exemplo, na depressão (Ohler et al., 2010).

#### **4.6. Análise das relações entre as variáveis Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as Variáveis Sociodemográficas “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” (Objetivo 5)**

A literatura tem vindo a descrever os cuidadores formais com base em variáveis individuais, ou seja, tendo por base apenas uma variável, por exemplo, a Qualidade de Vida, ou a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Ou então, relacionam duas variáveis, como por exemplo a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e a utilização das Estratégias de Coping. Este estudo apresenta os resultados obtidos relativamente às associações observadas entre todas as variáveis em análise, de forma a poder explorar o que é que influencia o cuidador formal e a sua visão do mundo. De seguida é apresentada a discussão relativa aos resultados associativos obtidos.

##### **4.6.1. Análise da Relação entre a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

A Qualidade de Vida, como tem sido apresentada é mais do que apenas a ausência de doença, sendo que a existência ou não de doenças contribuem para a Qualidade de Vida geral, para o bem-estar afetivo, e para outros fatores relevantes (Wikman et al., 2011).

Os instrumentos utilizados para avaliar a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, nomeadamente o WHOQOL-Bref e o SF-36, apresentam relações estatisticamente significativas entre a maioria dos seus domínios e dimensões. No entanto, de acordo com a literatura, apesar de avaliarem a qualidade de vida avaliam constructos diferentes, o WHOQOL-Bref avalia a Qualidade de Vida global, de acordo com os seus domínios, e o SF-36 avalia a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, ou seja, avalia a influência que o estado de saúde da pessoa tem na forma como esta percebe a sua qualidade de vida (Huang, Wu, Frangakis., 2006).

De acordo com a literatura, os domínios do WHOQOL-Bref apresentam relações estatisticamente significativas de magnitude moderada com as dimensões do SF-36 (Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin., 2000; Huang et al., 2006), o mesmo verificou-se nos resultados obtidos neste estudo. No entanto, também se observaram relações estatisticamente não significativas, por exemplo entre a dimensão “Função Física” do SF-



36 e o “Domínio Psicológico” do WHOQOL-Bref, sugerindo que a capacidade física que a pessoa apresenta para realização de atividades não está associada a sentimentos positivos e negativos, à imagem corporal, à autoestima e à espiritualidade.

Em relação à dimensão “Mudança de Saúde”, muitos estudos não a contemplam para análises relacionais, no entanto, foi considerada neste estudo, tendo apresentado associações negativas com o “Domínio Geral”, o “Domínio Físico” e o “Domínio Psicológico”. Estes resultados são compreensíveis uma vez que esta dimensão avalia a percepção que a pessoa tem sobre a diferença do seu estado de saúde em relação ao ano anterior. Uma vez que se trata de uma comparação, quanto maior for a diferença relatada menor será a qualidade de vida percebida.

#### **4.6.2. Análise da Relação entre a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e as Estratégias de *Coping***

Neste estudo não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a Qualidade de Vida e as Estratégias de *Coping*. Este resultado sugere que a frequência de utilização das Estratégias de *Coping* não está associada à Qualidade de Vida percebida pelo cuidador.

No entanto, foram encontradas associações entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e as Estratégias de *Coping*, nomeadamente associações negativas entre as estratégias de *coping* e as dimensões “Desempenho Emocional”, “Função Física”, “Desempenho Físico” e “Saúde Geral”, apesar de não apresentar associações com todas as Estratégias de *Coping*. Os resultados obtidos sugerem que a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde está associada a uma menor utilização de algumas estratégias de *coping*, como por exemplo, a estratégia “Confronto” e “Aceitação da Responsabilidade”. O estudo de Gomes, Santos & Carolino (2013), à semelhança dos resultados aqui reportados, encontrou associações negativas entre o estado de saúde e a utilização de algumas estratégias de *coping*, numa amostra de cuidadores formais, apesar de utilizar instrumentos de avaliação diferentes.

Os resultados obtidos sugerem que a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde se encontra associada às Estratégias de *Coping*, apoiando a hipótese de que a percepção que a pessoa tem do seu estado de saúde influencia a escolha das estratégias a utilizar quando em situações de *stress*. A dimensão “Desempenho Emocional” apresenta o maior número de associações com as estratégias de *coping* analisadas, sugerindo que o aumento da percepção de limitações ou dificuldades a nível pessoal ou emocional está associado a

uma diminuição da utilização de estratégias de *coping* focadas nos problemas e estratégias de *coping* focadas nas emoções.

#### **4.6.3. Análise da Relação entre a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o *Burnout***

A Qualidade de Vida está associada, de forma inversa, ao desenvolvimento de *burnout*, de acordo com os resultados obtidos neste estudo. Assim, sugere-se que quanto mais elevada for a qualidade de vida percebida menor é a experiência de *burnout*. Também Craiovan (2015) encontrou resultados semelhantes, sugerindo que um nível de *burnout* mais elevado contribui para uma menor qualidade de vida percebida, nomeadamente no “Domínio Físico” e no “Domínio Psicológico”.

Relativamente à relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e o desenvolvimento de *Burnout*, verificaram-se várias associações entre as dimensões da Qualidade de vida Relacionada com a Saúde e as escalas de *Burnout*. Apenas a dimensão “Saúde Geral” não apresentou associações com as escalas de *Burnout*. O mesmo resultado foi apresentado por Wu, Li, Tian, Zhu, Li e Wang (2011), numa amostra de cuidadores formais, utilizando o Inventário de Maslach, acrescentando que a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde se relacionava particularmente com a exaustão emocional e com o cinismo. Apesar de perspetivas diferentes de *Burnout*, o estudo de Wu e colaboradores (2011) apresenta associações com a exaustão mental, dimensão base, juntamente com a exaustão física, do *Burnout* defendido pelo Projeto PUMA. O estudo de Wu e colaboradores (2011) chega mesmo a sugerir que a exaustão emocional se mostrou um fator de risco importante para Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.

#### **4.6.4. Análise da Relação entre a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e os Sintomas Psicopatológicos**

Neste estudo verificou-se que todos os domínios da Qualidade de Vida se encontram associados negativamente a Sintomas Psicopatológicos, sugerindo que quanto melhor a Qualidade de Vida percebida menor é a experiência de sintomatologia psicopatológica. O “Domínio Físico” da Qualidade de Vida apresenta o maior número de associações, relacionando-se com todos os sintomas psicopatológicos. Assim, este resultado sugere que a experiência de dores e desconforto, de falta de energia e fadiga, bem como um sono desregulado, dificuldades de mobilidade e de capacidade de trabalho, bem como a dependência farmacológica ou de tratamentos, estão associados a uma maior

experiência de sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, a dimensão sintomatológica “Depressão” apresenta associações negativas em relação a todos os domínios da Qualidade de Vida, sugerindo que a percepção de uma pior Qualidade de Vida está associada ao aumento da experiência de sintomatologia depressiva, como por exemplo, humor disfórico, perda de energia, falta de motivação e de interesse pela vida. Em relação ao Índice Geral de Sintomas, o Índice de Sintomas Positivos e o Total de Sintomas Positivos, estes apresentaram associações negativas com o “Domínio Físico” e com o “Domínio Ambiente”, sugerindo que o aumento da experiência de mal-estar, de intensidade e do número de sintomas experienciados, está associado à diminuição da Qualidade de Vida percebida.

Os resultados obtidos por Vaz Serra e colaboradores (2006) sugerem associações entre todos os domínios da Qualidade de Vida e o Índice Geral de Sintomas, sugerindo que uma pior Qualidade de Vida percebida está associada a uma maior experiência de mal-estar. No entanto, os resultados apresentados por Vaz Serra e colaboradores (2006) não se verificaram neste estudo, uma vez que tal associação só se observou com o “Domínio Físico” e com o “Domínio Ambiente” da Qualidade de Vida. Os mesmos autores analisaram ainda a relação existente entre a sintomatologia depressiva avaliada pelo *Beck Depression Inventory* e a Qualidade de Vida, tendo encontrado associações negativas entre a sintomatologia depressiva e todos os domínios da Qualidade de Vida. Apesar de a sintomatologia depressiva ter sido avaliada com recurso a outro instrumento, os resultados apresentados por Vaz Serra e colaboradores (2006) são semelhantes aos observados neste estudo.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, por sua vez, apresentou associações entre quase todas as suas dimensões e os sintomas psicopatológicos em análise, sugerindo que o aumento da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percebida está associada a uma diminuição da experiência de Sintomas Psicopatológicos. O questionário utilizado para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, apresenta algumas questões referentes a sintomas de ansiedade e depressão, nomeadamente na dimensão “Saúde Mental” (Ferreira, 1998), ajudando a explicar a associação entre esta dimensão e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

A única associação positiva encontrada foi entre a dimensão “Mudança de Saúde” da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e os Sintomas Depressivos, sugerindo que o aumento de sintomas depressivos está associado a uma maior diferença entre estados de saúde percebidos pela pessoa.

Em relação ao Índice Geral de Sintomas e ao Total de Sintomas Positivos, observaram-se associações negativas com todas as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, sugerindo que um aumento do mal-estar e do número de sintomas experienciados está associado a uma menor Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percebida. De acordo com Sprangers e colaboradores (2000), pessoas com sintomatologia psicopatológica, nomeadamente sintomatologia depressiva ou ansiosa, manifestam uma Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde mais elevada do que pessoas com doenças físicas.

#### **4.6.5. Análise da Relação entre as Estratégias de *Coping* e o *Burnout***

Neste estudo verificou-se a existência de relações entre algumas Estratégias de *Coping* e o nível de *Burnout*, sugerindo-se que a utilização de algumas Estratégias de *Coping* como a “Resolução Planeada” e o “Suporte Social” tendem a aumentar quando os cuidadores experienciam maiores níveis de *Burnout*. Os resultados sugerem ainda que o aumento do nível de *Burnout*, independentemente da escala, está associado a uma maior utilização de Estratégias de *Coping* focadas nos Problemas, ou seja, a maiores esforços para gerir ou alterar a relação entre a pessoa e o ambiente *stressante*. No entanto, a escala “*Burnout* Pessoal” apresenta uma associação positiva com as Estratégias de *Coping* focado nas Emoções, sugerindo que um aumento de utilização das estratégias que têm como objetivo regular emoções *stressantes* está associado a um aumento da experiência de *Burnout* na vida em geral. Apesar do *Burnout* e do *Stress* constituírem constructos diferentes, sendo que o *burnout* é uma resposta à exposição prolongada ao *stress*, Guido e colaboradores (2011) não observaram associações significativas entre o nível de *stress* percebido pelo cuidador formal e pela utilização de estratégias de *coping*. Estes resultados podem ser explicados pelo facto do *Burnout*, como já foi referido, ser considerado uma resposta, por parte da pessoa, à exposição prolongada ao *stress*, e não como uma forma de *stress*.

#### **4.6.6. Análise da Relação entre as Estratégias de *Coping* e os Sintomas Psicopatológicos**

Neste estudo verificou-se a existência de relações entre as dimensões sintomatológicas “Depressão”, “Ideação Paranoide”, “Psicoticismo” e “Sensibilidade Interpessoal” e algumas das Estratégias de *Coping* analisadas, sugerindo-se que o aumento da experiência de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a referida

acima, está associada a uma maior utilização de algumas Estratégias de *Coping*, como por exemplo, a estratégia “Aceitar a Responsabilidade” ou a estratégia “Confronto”. Observou-se ainda uma associação positiva entre as Estratégias de *Coping* focado nos Problemas e as quatro dimensões sintomatológica acima referidas, sugerindo-se que o aumento da experiência daqueles Sintomas Psicopatológicos está associado a uma maior utilização de estratégias que têm por objetivo mudar a relação entre a pessoa e a fonte de *stress*. Não se observaram associações entre as Estratégias de *Coping* focadas nas Emoções e os Sintomas Psicopatológicos. As estratégias de *Coping* focadas nos Problemas apresentam ainda associações positivas com os índices de sintomatologia psicopatológica, sugerindo que um aumento da utilização deste tipo de estratégias está associado ao aumento do mal-estar e do número de sintomas experienciados. No entanto, os resultados obtidos neste estudo vão contra os resultados obtidos por Lin e colaboradores (2010) e por Letvak e colaboradores (2012), pois não encontraram nenhuma associação entre os sintomas depressivos e as Estratégias de *Coping* focadas nos Problemas, mas sim entre sintomas depressivos e as Estratégias de *Coping* focadas nas Emoções. Por sua vez, Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer (2010) encontraram ainda mais uma associação, esta entre a sintomatologia depressiva e as estratégias “Fuga/Evitamento”, ainda que utilizando outros instrumentos de avaliação.

#### **4.6.7. Análise da Relação entre o *Burnout* e a Sobrecarga**

Como já foi referido, o *Burnout* e a Sobrecarga estão associados tradicionalmente a diferentes grupos populacionais, o *Burnout* está associado aos cuidadores formais enquanto que a Sobrecarga está associada aos cuidadores informais. No entanto, o *Burnout* apresenta uma generalização, pois pode ser aplicado a trabalhadores de várias áreas não necessitando de serem cuidadores. A Sobrecarga por sua vez, está apenas ligada à prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais. Assim, e neste caso específico, a Sobrecarga e o *Burnout* partilham uma área em específica, a área da prestação de cuidados. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, verificaram-se associações positivas entre as dimensões da Sobrecarga e as escalas do *Burnout*, levando a sugerir que a Escala de Sobrecarga do Cuidador pode ser utilizada em cuidadores formais, possibilitando assim a comparação entre os dois grupos. No entanto, este é um primeiro resultado, a relação entre estas duas variáveis necessita de um estudo mais aprofundado para que se possam retirar conclusões. Apesar disso, começam a aparecer estudos que avaliam a Sobrecarga em cuidadores formais, como

por exemplo, Costa e colaboradores (2013) e Miyamoto e colaboradores (2010). Na realização desta investigação teve-se em consideração a formulação das questões do ESC, de forma a corresponderem à realidade do cuidador formal. Miyamoto e colaboradores (2010), por exemplo, no seu estudo, não utilizaram o instrumento todo, mas apenas doze dos vinte e dois itens que o compunham.

#### **4.6.8. Análise da Relação entre o *Burnout* e os Sintomas Psicopatológicos**

O *Burnout* e a Depressão, como já foi referido no enquadramento teórico, partilham entre si algumas semelhanças. No entanto são dois constructos com diferentes características, tornando-se assim importante o estudo da relação entre a Sintomatologia Depressiva e o *Burnout*. Os resultados obtidos sugerem que a Sintomatologia Depressiva se encontra associada ao *Burnout*, assim, quando o cuidador formal experiencia um aumento do nível de *Burnout*, tende também a experienciar um aumento de sintomas depressivos. Este resultado pode ser explicado pela existência de sintomas semelhantes entre o *Burnout* e a perturbação depressiva, tal como referido na literatura (Brenninkmeyer, et al., 2001; Iacovides et al., 2003). Relativamente aos outros Sintomas Psicopatológicos que constituem o BSI, verificou-se que todos eles estão positivamente associados ao *Burnout*, à exceção da “Ansiedade Fóbica”, apresentado apenas associação com o “*Burnout* relacionado com o utente”. Os resultados sugerem assim que um aumento do nível de *Burnout*, em qualquer uma das suas escalas, está associado a um aumento da experiência de Sintomatologia Psicopatológica. O estudo de Turnipseed (1998), apesar de utilizar o conceito de *Burnout* introduzido por Maslach, também observou associações positivas entre o *Burnout* e a Ansiedade, sugerindo que o aumento do nível de *Burnout* percecionado está associado ao aumento de sintomatologia ansiosa.

#### **4.6.9. Análise da Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal”, “Anos de Serviço”, a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

Neste estudo não se verificaram associações entre a variável sociodemográfica, “Anos de Serviço na Instituição” e a Qualidade de Vida. No entanto, observou-se uma associação negativa entre a variável “Carga Horária Semanal” e o “Domínio Geral” da Qualidade de vida, sugerindo que o aumento do número de horas de trabalho semanais contribui para a diminuição da qualidade de vida percecionada. O número de horas de trabalho por semana influencia o equilíbrio entre a vida pessoal e o trabalho, que por sua

vez influencia o bem-estar subjetivo (Eurostat, 2013). No entanto, este efeito não é linear, uma vez que investigações têm sugerido que o bem-estar subjetivo aumenta com o aumento do número de horas de trabalho, mas quando a pessoa atinge as 48 horas de trabalho observa-se uma inversão do fenómeno, passando assim o aumento de horas de trabalho a contribuir para a diminuição do bem-estar subjetivo (Abdallah, Stoll & Eiffe, 2013, citado por Eurostat, 2013). No entanto, não foram encontradas associações entre as variáveis sociodemográficas em estudo e a qualidade de vida relacionada com a saúde, sugerindo que a carga horária semanal não afeta a percepção que a pessoa tem do seu estado de saúde.

#### **4.6.10. Análise da Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal”, “Anos de Serviço” e as Estratégias de *Coping***

Neste estudo não se verificaram associações entre as estratégias de coping e a variável sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição”. No entanto, foi encontrada uma associação positiva entre a estratégia de *coping* “Suporte Social” e a variável sociodemográfica “Carga Horária Semanal”, sugerindo que o aumento da carga horária semanal está associado a um aumento dos esforços de procura de suporte informativo e emocional. De acordo com os resultados obtidos sugere-se ainda a importância que o apoio social percebido tem para os cuidadores formais, sendo que seria interessante averiguar a quem ou ao quê é que os cuidadores recorrem na procura de suporte.

#### **4.6.11. Análise da Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal”, “Anos de Serviço”, o *Burnout* e a Sobrecarga**

Apesar do *burnout* estar associado ao contexto laboral, nomeadamente aos cuidadores formais, e a sobrecarga aos cuidadores informais, como já foi referido, ambos têm entre si associações bastante positivas, por isso, analisou-se também a relação existente entre a sobrecarga e as variáveis sociodemográficas. De acordo com os resultados, não se verificaram relações associativas entre as variáveis sociodemográficas “Carga Horária Semanal” e o nível de *Burnout* e de Sobrecarga. No entanto, foram encontradas associações entre o nível de *burnout* relacionado com o utente e a variável “Anos de Serviço na Instituição”, sugerindo que o aumento de anos de serviço na instituição está associado a uma diminuição da experiência de *burnout* relacionado com o utente, o que pode ser devido ao facto das funções desempenhadas pelos cuidadores formais se tornarem mais automáticas perante os utentes, pois trata-se de uma instituição

onde os utentes permanecem durante vários anos. De acordo com Iglesias, Vallejo & Fuentes (2010), os cuidadores que trabalhem mais de 10 anos nos cuidados intensivos apresentavam níveis mais elevados de *burnout* que os restantes, tendo sido utilizado neste estudo o conceito de *burnout* de Maslach. A variável sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” encontra-se associada negativamente à dimensão “Relação Interpessoal” da Sobrecarga, sugerindo que o aumento do número de anos de serviço na instituição está associado a menores dificuldades de interação com os utentes.

É interessante verificar que a mesma variável sociodemográfica, apresenta associações com as dimensões de *Burnout* e de Sobrecarga que se focam na interação com os outros, neste caso com os utentes.

#### **4.6.12. Análise da Relação entre as variáveis “Carga Horária Semanal”, “Anos de Serviço” e os Sintomas Psicopatológicos**

Neste estudo não se observaram associações entre as variáveis sociodemográficas “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição” e os Sintomas Psicopatológicos. No entanto há estudos que referem que o facto das pessoas trabalharem mais horas, pode ter efeitos adversos relativamente à sua saúde mental, nomeadamente ao nível de sintomatologia ansiosa e depressiva (Harrington, 2001). No entanto, tais resultados não foram observados neste estudo, levando a sugerir que existem mais razões, para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, razões contextuais e ambientais do próprio local de trabalho, dado o número de cuidadores que reportaram sintomatologia psicopatológica.

#### **4.7. Análise da existência de diferenças entre grupos, relativamente às variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos**

##### **4.7.1. “Trabalhar por Turnos” vs. “Não Trabalhar por Turnos”**

Não foram observadas diferenças significativas entre os cuidadores formais que trabalhavam por turnos e aqueles que não trabalhavam por turnos. Assim, os resultados sugerem que não é o trabalhar ou não por turnos que influencia a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, as Estratégias de *Coping* utilizadas, o nível de *Burnout*, o nível de Sobrecarga e o desenvolvimento de Sintomas Psicopatológicos. No entanto, vários estudos referem que trabalhar por turnos não é fácil, contribuindo para um aumento do risco da saúde mental, nomeadamente no desenvolvimento de



sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, para o desenvolvimento de problemas somáticos, bem como para a desregulação do sistema circadiano, afetando assim os padrões de sono (Harrington, 2001; Thun, et al., 2014).

#### **4.7.2. “Ter Formação Superior” vs. “Não Ter Formação Superior”**

Esta análise foi realizada com o objetivo de analisar as diferenças entre ter ou não ter formação superior de acordo com as variáveis em estudo. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão “Saúde Geral” da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36). Esta diferença significativa, sugere que os cuidadores com formação superior tendem a perceber o seu estado de saúde como mais elevado, uma vez que esta dimensão é caracterizada por, de acordo com Ferreira (1998) medir o conceito holístico de saúde, bem como a resistência que consideram ter à doença. Este resultado pode possivelmente ser explicado pelo facto da formação superior em análise ser, maioritariamente, de base médica (caso dos enfermeiros) e humana (caso dos psicólogos), por exemplo.

Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente às outras análises, sugerindo que a Qualidade de Vida, a utilização de Estratégias de *Coping*, o nível de *Burnout* e de Sobrecarga percebidos, e os Sintomas Psicopatológicos experienciados não são influenciados pelo facto do cuidador ter formação superior ou não, mas sim por outros fatores, possivelmente ambientais, pois apesar de não partilharem a mesma formação superior, partilham o mesmo ambiente.

#### **4.7.3. “Ter 8 ou Menos Anos de Serviço na Instituição” vs. “Ter Mais de 8 Anos de Serviço na Instituição”**

Nesta investigação não se observaram diferenças significativas entre os grupos em análise e a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, as Estratégias de *Coping*, o nível de Sobrecarga e os Sintomas Psicopatológicos, sugerindo que o número de anos que os cuidadores formais passam ao serviço da instituição não as influenciam. No entanto, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em análise, nomeadamente na escala de *Burnout* relacionado com o Trabalho”. A média obtida pelos cuidadores que estão há oito anos ou menos ao serviço da instituição foi mais elevada do que a média obtida pelos cuidadores que se encontram ao serviço da instituição há nove ou mais anos. Estes resultados sugerem a tendência de que o *Burnout* relacionado com o Trabalho diminui à medida que aumenta o número de

anos que os cuidadores estão ao serviço da instituição. O resultado apresentado vai ainda ao encontro da associação já sugerida neste estudo aquando da análise da relação entre a variável “Anos de Serviço na Instituição” e o *Burnout*.

## 5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivos principais a caracterização de uma amostra de cuidadores formais, bem como a análise das relações entre as variáveis em causa, nomeadamente, Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, utilização de Estratégias de *Coping* em situações de *stress*, nível de *Burnout*, nível de Sobrecarga, e Sintomas Psicopatológicos percecionados. Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de cuidadores formais que desempenham funções no CASO-IASFA, atendendo a pessoas cujo grau de autonomia e capacidade é variado. Foram ainda realizadas análises de comparação de grupos, tendo por base as variáveis sociodemográficas reportadas, nomeadamente, “Anos de Serviço na Instituição”, “Trabalho por Turnos” e “Formação Superior”.

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 40 participantes, cuidadores formais na Instituição CASO-IASFA, desempenhando as mais variadas funções, sendo a amostra maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos.

Os resultados da análise descritiva demonstraram uma Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde relativamente boas, uma maior utilização de estratégias que se focam em alterar a relação entre a pessoa e a fonte de *stress* (estratégias de *Coping* focadas nos Problemas). Os cuidadores formais analisados apresentam ainda baixos níveis de *Burnout*, sendo que percecionam menos exaustão e fadiga emocional e física quando desempenham funções que os levam a interagir com os utentes. Em relação ao nível de Sobrecarga, os resultados sugerem que os cuidadores analisados, em média, apresentam níveis de sobrecarga ligeira. Os sintomas psicopatológicos mais reportados prendem-se com as dimensões “Ideação Paranóide”, “Obsessão Compulsão” e “Hostilidade”, sendo, em média, reportados catorze sintomas por cuidador.

A Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida Relacionada com a saúde apresentam associações positivas entre si e a maioria dos seus domínios e dimensões, sugerindo que quando uma aumenta a outra também aumenta. As dimensões “Saúde Mental”, “Dor Corporal”, “Função Social” e “Vitalidade” da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, são as que melhor representam esta tendência, pois apresentam associações com todos os domínios da Qualidade de Vida. A Qualidade de Vida apresenta associações negativas com o *Burnout*, sugerindo que um maior nível de *Burnout* experienciado pelo

cuidador formal está associado a uma menor Qualidade de Vida percebida. O “Domínio Físico” e o “Domínio Ambiental” são os mais representativos desta relação entre a Qualidade de Vida e o *Burnout*, pois estão associados a todas as escalas. A Qualidade de Vida e as Estratégias de *Coping* não apresentaram relações estatisticamente significativas, sugerindo uma relação de independência entre as duas variáveis. Observaram-se ainda associações entre a Qualidade de Vida e os Sintomas Psicopatológicos, sugerindo que uma maior Qualidade de Vida percebida está associada a uma menor experiência de Sintomatologia Psicopatológica. O “Domínio Físico” apresenta-se como sendo especialmente afetado pelos sintomas psicopatológicos, apresentando associações negativas com todos eles, sugerindo que quanto mais elevado o resultado neste domínio (menor o nível de dor e desconforto físico), menor é a experiência de sintomas psicopatológicos. Verificou-se ainda que a dimensão “Depressão” se relacionou com todos os domínios da Qualidade de Vida, sugerindo que uma maior Qualidade de Vida Percebida está associada a menos sintomas depressivos.

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde apresenta associações negativas com o *Burnout*, sugerindo que um nível mais elevado de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde está associado a uma menor experiência de *Burnout*, à semelhança do que aconteceu com a Qualidade de Vida. As dimensões “Dor Corporal”, “Desempenho Emocional”, “Desempenho Físico” e “Vitalidade” representam melhor a tendência, uma vez que apresentam associações com todas as escalas de *Burnout*. Algumas das dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde apresentam associações negativas com as Estratégias de *Coping*, sugerindo que uma elevada Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde está associada a uma menor utilização de algumas Estratégias de *Coping*. A dimensão “Desempenho Emocional” apresenta associações negativas com todas as Estratégias de *Coping*, com exceção das estratégias “Fuga/Evitamento”, “Distanciamento” e ainda com as estratégias de “*Coping* focado nas Emoções”. A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde apresenta associações negativas com os Sintomas Psicopatológicos. Esta relação é mais evidente nas dimensões “Função Social”, “Desempenho Emocional”, “Função Física”, “Desempenho Físico” e “Vitalidade”, pois apresentaram associações com todos os Sintomas Psicopatológicos. Por outro lado, a dimensão “Depressão” também apresentou associações com todas as dimensões, sugerindo que quanto mais elevada for a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde menor será a experiência de sintomatologia depressiva.

As Estratégias de *Coping* apresentam algumas associações positivas com a Sintomatologia Psicopatológica, sugerindo que algumas Estratégias de *Coping* estão associadas a uma maior experiência de sintomatologia psicopatológica, por exemplo, as estratégias de “Procura de Suporte Social” estão associadas a uma maior experiência de sintomatologia depressiva e de ideação paranóide. As estratégias de *Coping* apresentam ainda algumas associações positivas com o *Burnout*, sugerindo que uma maior utilização de algumas das Estratégias de *Coping* está associada a um nível mais elevado de *Burnout*. Esta associação é evidente na relação que as estratégias “Procura de Suporte Social”, “Resolução Planeada de Problemas” e Estratégias de “*Coping* focado nos Problemas” apresentam, pois verificou-se estarem associadas a todas as escalas de *Burnout*.

O *Burnout* apresenta associações positivas, de magnitude maioritariamente forte, entre todas as suas escalas e todos os fatores da Sobrecarga, sugerindo que quanto mais elevado for o nível de *Burnout* percecionado mais elevado será o nível de Sobrecarga percecionado. O *Burnout* apresenta associações positivas com a maioria dos Sintomas Psicopatológicos, sendo a escala “*Burnout* relacionado com o Utente” a mais representativa desta relação, uma vez que apresentou relações com todos os sintomas. As associações observadas sugerem que quanto mais elevado for o nível de *Burnout* percecionado mais elevada será a experiência de Sintomas Psicopatológicos.

A variável Sociodemográfica “Carga Horária Semanal” apresentou duas associações, uma negativa, com o “Domínio Geral” da Qualidade de Vida, sugerindo que o aumento do número de horas de trabalho por semana está associado a uma menor Qualidade de Vida percecionada. A outra associação verificou-se com a estratégia de *Coping* “Procura de Suporte Social”, sugerindo que um maior número de horas de trabalho semanal está associada a uma maior utilização de estratégias de procura de suporte social. A variável sociodemográfica “Anos de Serviço na Instituição” apresentou associações negativas com o *Burnout*, nomeadamente com a escala “*Burnout* relacionado com o Utente”, e com a Sobrecarga, nomeadamente com o fator “Relação Pessoal”. Estas associações sugerem que o aumento dos anos de serviço na Instituição está associado a um nível mais baixo de “*Burnout* relacionado com o Utente” e uma relação mais simples com o utente, sem vergonha, irritação ou tensão (fator “Relação Interpessoal”).

Relativamente à análise de comparação de grupos, observou-se diferenças significativas entre os trabalhadores que estavam na instituição há oito ou menos anos e os trabalhadores que estavam na instituição há mais de oito anos, relativamente às escalas “*Burnout* relacionado com o Trabalho” e “*Burnout* relacionado com o Utente”, bem como

com o fator de Sobrecarga “Relação Interpessoal”. Os resultados obtidos sugerem que o nível de *Burnout* relacionado com o trabalho e com o utente, bem como o fator de Sobrecarga “Relação Interpessoal”, tendem a baixar com o passar dos anos ao serviço da Instituição.

Este estudo contribui para a consciencialização da importância da investigação da saúde mental nos cuidadores formais, uma vez que se foca sobre uma variedade de sintomas psicopatológicos. Ainda existe um grande estigma social em relação à saúde mental e ao seu estudo, possivelmente por isso, os investigadores têm-se vindo a focar mais no estudo do *Burnout*, do que por exemplo no estudo da Depressão (Ohler et al., 2010). Apesar do estigma, são realizados estudos sobre a saúde mental, nomeadamente sobre a Depressão e a Ansiedade, no entanto, os resultados obtidos neste estudo sugerem que é importante que nos foquemos noutros sintomas psicopatológicos, como por exemplo os comportamentos de Obsessão-Compulsão que aparentam ser comuns. Outro contributo importante que este estudo apresenta, é a utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador numa amostra de Cuidadores Formais, permitindo que estudos futuros possam utilizar os resultados obtidos como base para investigações de comparação entre cuidadores formais e cuidadores informais. Os resultados obtidos mostram que essa é uma realidade possível de ser alcançada. No entanto, é necessária investigação complementar tanto ao nível do constructo, uma vez que a definição de Sobrecarga está dirigida para uma realidade informal, como ao nível do instrumento de avaliação. Este estudo também contribui para a caracterização dos cuidadores formais em Portugal, no entanto, a amostra é relativamente pequena (40 participantes), não é representativa da população portuguesa, não sendo por isso possível generalizar os resultados. Outra limitação neste estudo prende-se com o facto de os participantes não responderem a todas as questões, nomeadamente questões sociodemográficas, bem como à última questão do QMLA (explicação da situação pensada), não permitindo que algumas variáveis pudessem ser tomadas em linha de conta. O facto dos questionários serem entregues às pessoas, em envelope, para depois preencherem, foi em si uma limitação, pois muitos cuidadores levaram os questionários consigo e não os devolveram. No entanto, deve acrescentar-se que existem cerca de 70 cuidadores formais na instituição, e que 40 participaram neste estudo mostrando uma boa adesão.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237. Doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing, 32* (3), 536-543.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V. & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 649-661. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças, 12*(1), 119-129.
- Bonanno, G.A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 705-734.
- Bonomi, A.E., Patrick, D.L., Bushnell, D.M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the worlds organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology, 53*, 1-12.
- Born, T. (2006) A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. Seminário Velhice Fragilizada. Brasil: São Paulo.
- Borritz, M. & Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen burnout inventory: Normative data from a representative Danish population on personal burnout and Results from the PUMA study on personal burnout, work burnout, and client burnout (PUMA: Project on Burnout, Motivation, and Job Satisfaction). Copenhagen, Denmark: National Institute of Occupational Health.
- Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J., Villadsen, E., Mikkelsen, O., & Kristensen, T. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health, 34*, 49-58.

Brenninkmeyer, V., Yperen, N.W., & Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.

Calman, K.C. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

Canavarro, M.C (1999). Inventário de sintomas psicológicos – BSI. In Simões, M.R., Gonçalves, M. & Almeida, L.S. (1997) *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.

Canavarro, M.C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Simões, M.R., Machado, C., Gonçalves, M., & Almeida, L.S. (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, 3, 305-330.

Canavarro, M.C., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3, 243-268.

Cardoso, L., Vieira, M.V., Ricci, M.A., & Mazza, R.S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da ESocla de Enfermagem da USP*, 46(2). 513-517.

Carrilho, M.J. & Craveiro, M.L. (2015). A situação demográfica em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, 57-99.

Chappel, N., & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: exploring the complementarity. *Ageing and Society*, 11, 299-317

Costa, E., Pereira, P., Miranda, R., Bastos, V., & Machado, D. (2013). Sobrecarga física e mental dos cuidadores de pacientes em atendimento fisioterapêutico domiciliar das estratégias de saúde da família de Diamantina (MG). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(1), 133-150.

Craiovan, P.M. (2015). Burnout, depression and quality of life among the romanian employees working in non-governmental organizations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187(4), 234-238. Doi:10.1016/j.sbspro.2015.03.044



Cuéllar-Flores, I., Sánchez-López, M. & Santamaría, P. (2012). Personality and psychological adjustment in formal caregivers. What is the best for caring is also the best for caregivers?. *Anuario de Psicología*, 42(2), 151-164.

Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). (2013). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Duhachek, A. (2005). Coping: A multidimensional, hierarchical framework of responses to stressful consumption episodes. *Journal of Consumer Research*, 32, 41-53.

Eurostat (2013). Quality of life indicators – productive or main activity. *Eurostat: Statistics Explained*. Consultado a 6 de Outubro de 2015 às 16h20 [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_productive\\_or\\_main\\_activity](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_productive_or_main_activity)

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.

Ferrans, C. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nurses*, 6(4), 248-254.

Ferreira, P.L. (1998). *A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Ferreira, P.L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P.L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Ferreira, F., et al. (2010). Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários para a população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, 2, 13-19.

Ferreira, P.L., Ferreira, L.N. & Pereira, L.N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171.

Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 3, 219-239.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 23, 3, 309-317. Doi:10.1016/0277-9536(88)90395-4

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press.

Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Fonte, C. (2011). *Adaptação e validação para portugueses do questionário de Copenhagen burnout inventory (CBI)*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra.

Frias, C.M., Tuokko, H., & Rosenberg, T. (2005). Caregivers physical and mental health predicts reactions to caregiving. *Aging & Mental Health*, 9(4), 331-336.

Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayán-Santos, J., & Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centres. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 246-249.

García-Alberca, J., Lara, J., & Berthier, M. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 57-69.

Given, C.W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing & Health*, 15, 271-283.

Glazer, S., & Kruse, B. (2008). The role of organizational commitment in occupational stress models. *International Journal of Stress Management*, 15 (4), 329-344.

Gomes, S., Santos, M.C., & Carolino, E. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: Estresse e estratégia de *coping* em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282-1289. DOI: 10.1590/0104-1169.2742.2365

Gonçalves-Pereira, M., & Zarit, S. H. (2014). The Zarit burden interview in Portugal: Validity and recommendations in dementia and palliative care. *Acta Médica Portuguesa*, 27, 2, 163-165.

Greenglass, E. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32(4), 562-572.

Guido, L.A., Linch, G.F., Pitthan, L.O., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 45(6), 1434-1439. Doi: 10.1590/S0080-62342011000600022

Harrington, J.M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine*, 58, 68-72.

Huang, C., Wu, S.W., & Frangakis, C. (2006). Do the SF-36 and the WHOQOL-Bref measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Quality of life research*, 15, 15-24. Doi: 10.1007/s11136-005-8486-9

Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stressors, burnout and clinical depression. *Journal of affective disorders*, 75, 209-221. Doi:10.1016/S0165-0327(02)00101-5

Iglesias, M.E., Vallejo, R.B. & Fuentes, P.S. (2010). The relationship between experimental avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 30-37.

Jones, S., Hadjistavropoulos, H., Janzen, J., & Hadjistavropoulos, T. (2011). The relation of pain and caregiver burden in informal older adult caregivers. *Pain Medicine*, 12, 51-58.

Kheiraoui, F., Gualano, M.R., Mannocci, A., Boccia, A., & La Torre, G. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*, 126, 624-629. Doi: 10.1016/j.puhe.2012.03.006

Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192-207.

Krohne, H. W. (2002). *Stress and coping theories*. Consultado a 27 de Julho de 2015 às 18h30: [http://userpage.fu-berlin.de/schuez/folien/Krohne\\_Stress.pdf](http://userpage.fu-berlin.de/schuez/folien/Krohne_Stress.pdf)

Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Letvak, S., Ruhm, C.J., McCoy, T. (2012). Depression in hospital employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177-82.

Lin, H., Probst, J., & Hsu, Y. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: Main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2342-2354. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03216.x

Lopes, A. & Lemos, R. (2012). Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 13-31.

Lyons, K., & Zarit, S. (1999). Formal and informal support: The great divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 183-196.

Mandzuk, L., & McMillan, D. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9, 12-18. Doi:10.1016/j.joon.2004.11.001

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.

Maslach, C. & Leiter, M.P. (2005). Reversing burnout: How to rekindle your passion for your work. *Stanford Social Innovation Review*, 3(4), 42-49.

Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Mathews, S.H. & Rosner, T.T. (1988). Shared filial responsibility: The family as the primary caregiver. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 185-195.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Mendes, J. (2010). A vivência subjetiva dos cuidadores de pessoas com demência: Temas centrais, sintomatologia emocional e estratégias de confronto. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade de Lisboa.
- Ministério da Saúde do Brasil (1999). Portaria n. 1395/GM, de 10 de Dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília.. Disponível em: [http://www6.ufrgs.br/3idade/?page\\_id=117](http://www6.ufrgs.br/3idade/?page_id=117)
- Miller, B. & McFall, S. (1989). Caregiver burden and institutionalization, hospital use, and stability of care: Final report. *U.S. Department of health and human services assistant secretary for planning and evaluation office of disability, aging and long-term care policy*.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: Impact of behavioural and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253. Doi:10.1016/j.gerinurse.2010.01.002
- Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 275-277. Doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.09.004
- Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Montgomery, R.J., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family relations*, 34, 1, 19-26.
- Ohler, M.C., Kerr, M.S., & Forbes, D.A. (2010). Depression in nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(3), 66-82.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª Eds). Porto: LivPsic.

- Pais-Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(19), 491-502. Doi: 10.14417/ap.379
- Philip, E., Merluzzi, T., Peterman, a., Cronk, L. (2009). Measurements accuracy in assessing patient's quality of life: To weight or not to weight domains of quality of life. *Quality of life Research*, 18, 775-782. Doi: 10.1007/s11136-009-9492-0
- Pines, A., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and individual differences*, 39, 625-635. DOI: 10.1016/j.paid.2005.02.009
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in a psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), 250-267. Doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12, (3), 263-266.
- Schaufeli, W., & Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work and Stress*, 19 (3), 256-262.
- Schene, A. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 289-279.
- Schreiner, A.S., Morimoto, T., Arai, Y., Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the zartir burden interview. *Aging and Mental Health*, 10, 2, 107-111.
- Sequeira, C.A. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem Referência*, 12, 9-16.
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: Caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30-39.

- Sezer, M.T., Eren, I., Ozcankaya, R., Civi, I., Erturk, J., & Ozturk, M. (2003). Psychological symptoms are greater in caregivers of patients on hemodialysis than those of peritoneal dialysis. *Hemodialysis International*, 7 (4), 332-337.
- Shah, A.J., Wadoo, O., Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3, (3).
- Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial – A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Skinner, E. (2007) Coping Assessment. In Ayers, S., Baum, A., McManus, Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (2007) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2<sup>nd</sup> Eds). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychology Bulletin*, 129(2), 216-269. Doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- Spiller, A., Dyniewicz, A., & Slomp, M. (2008). Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. *Cogitare Enfermagem*, 13(1), 88-95.
- Sprangers, M., Regt, E., Andries, F., van Agt, H., Bijl, R., Boer, J., Foets, M., Hoeyman, N., Jacobs, A., Kempen, G., Miedema, H., Tijhuis, M., Haes, H. (2000). Wich chronic conditions are associated with better or poorer quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.
- Stenner, P., Cooper, D., Skevington, S. (2003). Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science & Medicine*, 57, 2161-2172. Doi: 10.1016/S0277-9536(03)00070-4
- Szyjka, S. (2012). Understanding research paradigms: Trends in science education research. *Problems of Education in the 21<sup>st</sup> Century*, 43, 110-118.

- Thun, E., Bjorvatn, B., Torsheim, T., Moen, B.E., Magerøroy, N., & Pallesen, S. (2014). Night work and symptoms of anxiety and depression among nurses: A longitudinal study. *Work & Stress*, 28(4), 376-386. Doi.org/10.1080/02678373.2014.969362
- Turnipseed, D. L. (1998). Anxiety and burnout in the health care work environment. *Psychological Reports*, 82, 627-642.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27,1, 41-49.
- Veenhoven, R., (1996). The study of life satisfaction. Saris. In W.E., Veenhoven, R., Scherpenzeel, A.C. & Bunting B. (Eds) *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (1996). Eötvös University Press, 11-48.
- Viitanen, T. K. (2007). Informal and formal care in Europe. Bonn, Germany: IZA.
- Walker, A., Pratt, C., Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations*, 44, 4, 402-411.
- Ware, Gandek & IQOLA Project Group (1994). The SF-36 Health Survey: Development and use in mental research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23 (2), 49-73.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS-36-item short form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 6, 473-483.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL Group (1995). The world organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group, (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 12, 1569-1585.



Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011). Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: A cross-sectional population based study. *PLoS ONE* 6(4): e18952. Doi:10.1371/journal.pone.0018952

World Health Organization (1948). The constitution of the World Health Organization. *WHO Chron*, 1-29.

Wu, S., Li, H., Tian, J., Zhu, W., Li, J., & Wang, X. (2011). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Industrial Health*, 49, 158-165.

Yamada, M., Hagihara, A., Nobutomo, K. (2008). Coping strategies, care manager support and mental health outcome among japanese family caregivers. *Health and Social Care in the Community*, 16, 4, 400-409. Doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00752.x

Zarit, S., Reeve, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired Elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20 (6), 649-655.

## **ANEXOS**

## Anexo I

Exmo. Sr. Diretor do  
Centro de Apoio Social de Oeiras

*Autorizada conforme  
solicitação e informação do CH  
GobPsic.  
5. Nov. 2015  
[assinatura]*

Eu, Joana Mendes Gregório, aluna finalista da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, a frequentar o Mestrado Integrado em Psicologia – Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença venho por este meio pedir a Vossa colaboração para a concretização da Dissertação de mestrado que estou presentemente a elaborar.

Assim, solicito autorização para proceder à recolha de dados junto dos cuidadores formais que prestam serviço nas unidades que acolhem utentes, em regime permanente, sediadas no CAS-Oeiras.

Atualmente o papel do cuidador é dos mais importantes da sociedade. O cuidador é o responsável pelo cuidar de alguém que tem uma saúde mental pobre, está fisicamente incapacitado, ou quando a saúde é prejudicada por uma doença ou pelo envelhecimento em si. Pode-se ainda acrescentar que o cuidador pode ser um membro da família ou não, que se dispõe a cuidar do indivíduo doente, ajudando na realização de tarefas do quotidiano (higiene pessoal, deslocação, gestão de medicamentos, finanças), podendo ou não receber remuneração para tal. Dentro da categoria de cuidadores podemos distinguir entre cuidadores formais e informais. A diferença básica entre os dois tipos de cuidadores reside na remuneração, sendo que os cuidadores formais são remunerados. O cuidador informal caracteriza-se por alguém que tem uma relação familiar, de amizade, ou de vizinhança com a pessoa a necessitar de cuidados, sendo estes cuidados prestados em casa (Born, 2006). No caso do cuidador formal o contexto dos cuidados difere, os cuidados são na sua maioria prestados em instituições como hospitais ou lares, no entanto os cuidados também podem ser prestados em contexto residencial, havendo entre a pessoa doente e o cuidador uma relação profissional.

Qualquer que seja o contexto em que o cuidador trabalha as situações por que passa podem levar à exaustão emocional. No caso dos cuidadores informais denomina-se por sobrecarga o conjunto de consequências que ocorrem após contacto próximo com um doente. De acordo com o *National Institute on Aging* existe uma ligação entre o stress e o cuidar, estando o ato de cuidar associado a doenças psicológicas e físicas no cuidador. Em relação aos cuidadores formais a resposta ao stress crónico, integrando atitudes negativas em relação às pessoas com as quais trabalha (atitudes de despersonalização) e em relação ao próprio papel profissional, bem como pela experiência de estar emocionalmente esgotado denomina-se por *burnout*. O *burnout* é desencadeado por variáveis como o ambiente físico e o conteúdo do posto de trabalho, por disfunções do papel, relações interpessoais e desenvolvimento da carreira, bem como pelo stress relacionado com as novas tecnologias, a estrutura e o clima organizacional. Trabalhadores queensem serem capazes de realizar todas as tarefas e trabalhadores em crise no meio da carreira apresentam a maior probabilidade de percecionar *burnout*. Algumas consequências do *burnout* passam pela diminuição da qualidade dos cuidados prestados, impacto negativo na qualidade de vida, com mais conflitos intra-relacionais e agressões, bem como a ocorrência de perturbações músculo-esqueléticas, depressão, obesidade, insónia, consumo de álcool, e abuso de drogas, entre outras (Fontes, 2011).

O ato de cuidar por si só apresenta-se como stressante, tanto para cuidadores formais como para cuidadores informais, sendo que as estratégias que cada cuidador vai utilizar para lidar com esse evento, vão aumentar ou não a probabilidade de o cuidador percecionar sobrecarga (cuidadores informais) ou *burnout* (cuidadores formais). No entanto, à que ter em consideração que perante tarefas similares e apesar de experienciarem os mesmos *stressores* emocionais os cuidadores podem diferir na utilização de estratégias de confronto. Assim, podemos dizer que a percepção de sobrecarga e de *burden* varia de pessoa para pessoa.

A investigação para qual se pede agora autorização, torna-se relevante pois pretende avaliar a qualidade de vida, o nível de *sobrecarga* e de *burnout* percecionadas pelos cuidadores formais e as estratégias de confronto a que recorrem. Este estudo encontra-se orientado para os seguintes objetivos específicos: a) Avaliar a percepção do cuidador formal quanto à sua qualidade de vida; b) Avaliar o *burnout* e a

sobrecarga experienciada pelo cuidador formal aquando o ato de cuidar; c) Avaliar a utilização das estratégias de confronto a que recorrem; d) Avaliar em que medida a experiência de sobrecarga, de *burnout* e as estratégias de confronto utilizadas pelos cuidadores formais se relacionam com a sua perspetiva de qualidade de vida

Os dados contribuirão para uma melhor compreensão da vivência do papel e cuidador formal de forma a, futuramente, se poder delinear programas de apoio a estes profissionais.

Agradeço desde já a disponibilidade.

Atenciosamente,

Joana Mendes Gregório

Concordo com os objetivos e metodologia propostos



(Fernando Fradique, Prof. Assoc. FPUL)

## Anexo II



### Consentimento Informado do Cuidador

---



Código: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Joana Mendes Gregório (estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foram-me explicados e compreendo os principais objetivos deste estudo:

1. Avaliar a perceção do cuidador formal quanto à sua qualidade de vida
2. Avaliar o *burnout* e a sobrecarga experienciada pelo cuidador formal aquando o ato de cuidar
3. Avaliar a utilização das estratégias de confronto utilizadas
4. Avaliar em que medida a experiência de sobrecarga e as estratégias de confronto utilizadas pelos cuidadores formais se relacionam com a sua perspetiva de qualidade de vida

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha perceção acerca da minha qualidade de vida, da sobrecarga e *burnout* sentidos e das estratégias de confronto a que recorro, com duração de cerca de 25 minutos.

Outras observações:

- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.
- Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu autorize.
- Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento de investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida e do *burnout* do cuidador formal, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:

joanamendesgregorio@gmail.com

914 656 278